

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

POUR LE

N° 371

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Itzko BUSSEL

né le 13 avril 1908, à Lachowitchi (Pologne).

L'état mental des Toxicomanes

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Itzko BUSSEL

né le 13 avril 1908, à Lachowitchi (Pologne).

L'état mental des Toxicomanes

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

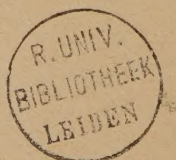
1936

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BEZANÇON	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-
(Justin) Hydrologie.	gie chirurgicale.
BOULIN Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
DOGNON Physique.	HAZARD Pharmacologie.
FEY Urologie.	HUGUENIN Anatomie pathologique.
	JOANNON Hygiène.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique.

MM.
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIERS Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.
 AGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.
 ABRAMI.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 HARVIER.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SEZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCO.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUENU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE.
 GUENIOT.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

*Bien faible témoignage de mon
Amour.*

A MES FRERES ET SŒURS

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie
à la Faculté de Paris.

Médecin de l'Hôpital de la Pitié.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter de présider cette thèse.*

*Hommage de notre respectueuse re-
connaissance.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR F. ACHILLE-DELMAS

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris.

Médecin des Asiles.

Médecin Directeur de la Maison de Santé d'Ivry.

Expert près les Tribunaux.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Ce travail représente l'exposé de sa
conception de l'état mental des toxico-
manes.*

*Avec l'hommage de mon admira-
tion, je le prie d'agréer l'assurance
d'un affectueux dévouement et l'ex-
pression de ma vive gratitude pour
son enseignement et son aide très pré-
cieux.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ABRAMI,
M. LE DOCTEUR HALLÉ,
M. LE PROFESSEUR BRINDEAU,
M. LE PROFESSEUR GUILLAIN,
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CATHALA,
M. LE PROFESSEUR TERRIEN,
M. LE DOCTEUR JACOB (f. f. d'externe).
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HAGUENAU (f. f. d'externe).

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

INTRODUCTION

Pendant quatre années consécutives, nous avons eu l'inappréciable avantage, d'être l'interne du Docteur F.-Achille DELMAS, à la Maison de Santé d'Ivry. Pendant tout ce temps nous avons eu l'occasion d'observer et de suivre un certain nombre de toxicomanes (opiophages, morphinomanes, héroïnomanes, alcoolomanes, etc...)

Nous avons été frappés par une certaine similitude de l'état mental profond que présentaient tous ces malades, non seulement au cours de la désintoxication mais plus encore et d'une façon qui paraissait continue et définitive après le sevrage.

Encouragés par notre Maître, le Dr F.-Achille DELMAS, qui a acquis une longue expérience de ces sujets et qui a pu, de la façon la plus bienveillante nous aider de ses conseils, nous avons entrepris de consacrer notre thèse inaugurale, à l'étude de l'état mental particulier des toxicomanes afin de le préciser du point de vue clinique autant qu'il nous était possible, et d'en tirer les déductions propres à éclairer et l'étiologie et la psychopathologie et la thérapeutique de ces sujets, en un mot tout ce qui constitue leur destin particulier.

Dans ce travail nous rappellerons d'abord dans un

très court chapitre d'historique les opinions émises par différents auteurs.

Nous donnerons ensuite nos observations. Enfin avant de rédiger nos conclusions, nous insisterons sur ce qui est l'objet essentiel de notre travail, à savoir — sur la forme clinique et les particularités psycho-pathologique de l'état mental des toxicomanes.

C'est en fonction de cet état mental que nous essayerons d'expliquer le destin particulier des toxicomanes : d'une part, leur entrée dans la toxicomanie; d'autre part la tendance constante aux rechutes et aux récidives.

HISTORIQUE

Si la toxicomanie paraît avoir existé aussi haut qu'il est possible de remonter dans l'histoire de l'homme, et si la description peut en être retrouvée à tous les âges, il semble bien cependant que ce n'est que dans la période contemporaine que les différents auteurs se soient préoccupés d'en rechercher les mécanismes déterminants, soit étiologiques, soit pathogéniques.

On a beaucoup insisté sur un ensemble de causes étiologiques, les unes individuelles et en quelque sorte subjectives, les autres dues à l'interpsychologie et en quelque sorte sociales.

Parmi les premières on a pu signaler les chocs émotifs, les deuils et toutes les crises affectives en général, qui peuvent être communes à tous les hommes. On a invoqué également certains facteurs propres à quelques individus tels que : la pusillanimité, l'algophobie, etc...

Parmi les secondes on a invoqué : le snobisme, l'imitation, la contagion, le séjour aux colonies ou dans certains milieux adonnés à la toxicomanie, les ports de mer par exemple. Enfin et surtout on a accusé l'intervention thérapeutique du médecin qui, légitime à son début, aurait eu pour conséquence

fâcheuse de créer une habitude et une appétence durable pour le toxique.

Mais quelque insistance qu'apportent tous les auteurs à mettre en valeur tous ces éléments, dont nous dirons d'ores et déjà, qu'ils sont secondaires, ils ne peuvent éviter d'exposer également, que tous les toxicomanes paraissent présenter un état mental particulier faisant originellement partie de la psychologie du sujet, donc constitutionnel.

Dans les opinions que nous allons maintenant rapporter, nous soulignerons en italique tous les passages qui ont trait à cette constitution spéciale, afin d'opposer cette partie essentielle de la mentalité du sujet à toutes les autres causes accessoires.

Nous citerons les auteurs non dans leur ordre chronologique, mais dans l'ordre où il nous apparaît qu'ils se rapprochent de plus en plus de la notion précise d'un état mental particulier.

R. DUPOUY dans « les Opiomanes », Paris 1912, écrit : « Les véritables causes d'opiomanie chez le fonctionnaire, l'officier, le colon ou l'artiste, l'affligé ou le snob, aussi bien à Paris qu'aux colonies, sont au nombre de deux : *l'une prédisposante : le déséquilibre mental*, l'autre occasionnelle et déterminante : la contagion de l'exemple.

« 60 % de toxicomanes récidivent après guérison » écrit le même auteur, dans « Le Monde Médical » du 15 novembre 1929. De cela, il invoque trois raisons :

« 1° La sortie prématurée du service de cure.

2° La dépression consécutive au retour chez soi et à la reprise du travail. Voici un toxicomane qui

au bout de six semaines environ quitte l'hôpital sevré. La cure fatalement l'a fatigué, il ne dort pas encore bien spontanément et doit user d'hypnotiques. Il lui faut dans ces conditions retourner au travail dont il s'est déshabitué, durant son séjour à l'hôpital, et qu'il avait peut-être déjà abandonné, plus ou moins longtemps avant d'entrer. L'effort à fournir est d'autant plus pénible. N'oublions pas, en outre, qu'il est *constitutionnellement un faible*, un aboulique, *prompt à se déprimer et à se décourager*, ayant horreur de l'effort comme de la douleur. Il est logique pour ne pas dire fatal, qu'un moment de dépression survienne à cette occasion, favorisé souvent par la réapparition de la cause provocatrice initiale, physique ou morale, crise d'entéralgie, de coliques, d'asthme, de douleurs quelconque, chagrins, ennui, dégoût de l'existence, tourments divers. *Et le désir lancinant, obsédant de la drogue calmante, immédiatement apaisante, verseuse d'oubli*, dispensatrice de l'insouciance et du « jemenfoutisme », repousse le désintoxiqué vers sa seringue et les marchands d'ampoules ou de la poudre blanche. C'est alors que le médecin se trouve sollicité par son malade qui lui affirme, n'être pas guéri, n'avoir jamais été désintoxiqué, souffrir à nouveau horriblement, et lui fait le coup classique du chantage moral au suicide. Trop souvent le médecin cède et délivre une ordonnance de morphine destinée à soulager la crise douloureuse et anxieuse dont le spectacle lui a été complaisamment offert. Et si l'engrenage reprend, le malade de nouveau, happé par le besoin

sans cesse grandissant : coûte que coûte il lui refaudra de la drogue, par ordonnance vraie ou fausse, ou par achat direct aux trafiquants.

3° La tentation permanente. Les morphinomanes ne sont pas des amants solitaires de leur drogue. Ils se plaisent à se réunir et à se fréquenter... Si après guérison, le toxicomane retourne à son milieu, retrouve ses compagnons de prise et de piqure, il est perdu. »

« Le toxicomane est un paranoïaque à *tendances cyclothymiques*, nous dit Jean BUVAT dans « La Gazette des Hôpitaux » du 8 mars 1933, et quelle que soit sa phase, l'hypertrophie du moi qu'il présente reste toujours prépondérante, par rapport aux idées de persécution qui lorsqu'elles existent, n'apparaissent qu'au second plan, par bouffées et seulement au moment de désintoxication. Mais cette paranoïa, à *forme circulaire*, ne constitue que le fond du tableau clinique sur lequel se détachent les trois grands signes psychologiques : l'obsession, l'impulsivité, la perversité.

Tout toxicomane est *un obsédé anxieux même avant de connaître sa drogue. Il est impulsif*, parce qu'il ne peut résister à l'obsession.

Il est pervers de façon continue avec paroxysme d'impulsivité poussant le malade à des actes antisociaux.

Ces trois tendances constituent en quelque sorte le premier plan du psychisme du toxicomane, mais c'est le fond du caractère paranoïaque à deux phases alternatives *d'hypomanie et de dépression*, qui leur donne tout leur relief et toute leur valeur. »

Dans la discussion de la communication de R. KRAI-
NIK à « la Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux
libres » sur la « Phisio-Pathologie de l'intoxication
chronique par morphine, J.-A. CHAVANY dit « Un
distinguo s'impose entre les morphinomanes par ac-
cident et les morphinomanes par *déséquilibre mental*,
ces derniers étant les plus fréquents. Ce qui domine la
scène chez beaucoup de toxicomanes, c'est la *constitu-
tion mentale spéciale de tels sujets*, constante, im-
muable et qu'il est pour ainsi dire impossible de mo-
difier. Cet état mental rend compte des rechutes qui
sont la règle après les cures de désintoxication par
n'importe quel procédé. »

Dans cette même discussion, MORLAAS dit : « Il
faut absolument distinguer au moins deux variétés
de toxicomanes :

— Ceux d'une *psychologie spéciale* dont les termes
ont été de nombreuses fois analysés et qui retombent
immédiatement après la cure dans les errements an-
térieurs : ce sont toujours des polytoxicomanes.

— Ceux accidentellement habitués (au cours d'une
affection douloureuse, etc...), qui après cure, ne re-
tombent pas lorsqu'il n'existe pas de prédisposition
psychologique.

La cure des premiers est d'une difficulté extrême
de par leurs réactions psychiques très bruyantes et
intenses; la cure des seconds est d'ordinaire d'une
conduite extrêmement facile et rapide ».

Dans le « Nouveau Traité de Médecine » de Roger
WIDAL et TEISSIER, fascicule VI, DUPRÉ et LOGRE
écrivent :

« On doit distinguer deux éléments chez le toxicomane dont le premier tout au moins à ses débuts peut exister seul.

1° Un état proprement toxique, réponse directe et nécessaire de l'organisme à l'imprégnation chimique nocive. Cette pathologie « acquise » d'origine exogène exprime avant tout le génie du poison, son activité spécifique, elle constitue un chapitre de la Médecine Générale.

2° *Un état psychique particulier constitutionnel, d'origine endogène, réaction instinctive d'un tempérament morbide, à l'appât du poison exprime avant tout le génie de l'individu, sa personnalité psychopathique. »*

Henri et Maurice FEUILLADE in « Avenir Médical », mai 1934, « Réflexions sur le morphinisme et la morphinomanie » écrivent :

« Pour devenir morphinomane, il faut une prédisposition spéciale que l'on rencontre chez certains sujets hypersensibles qui ne peuvent pas supporter la moindre douleur, sans chercher à la supprimer. S'ils ont goûté à la morphine, ils deviennent morphinomanes. »

Dans les « Annales Médico-Psychologiques » du mois de mai 1932, R. DUPOUY dit :

« En définitive s'est jointe à la prescription dangereuse de l'injection de morphine, la répugnance du sujet à supporter la douleur, qui crée dans la plupart des cas la morphinomanie. Cette faiblesse de la résistance à la douleur cette « algophobie », fait partie de la constitution mentale un peu particulière,

franchement anormale même dans un nombre de cas de véritables morphinomanes, cette constitution (dépression et psychasténie congénitale, cyclothymie, déséquilibre de l'affectivité et de l'émotivité) est bien connue et nous n'insisterons pas. »

M. SOLLIER qui prend part à la discussion de cette séance de la « Société Médico-Psychologique » dit : « Il faut reconnaître aussi qu'il y a des *sujets prédestinés* à la toxicomanie et qui ne guérissent jamais, qui récidivent continuellement, pusillanimes devant la moindre douleur qu'ils veulent faire disparaître à tout prix et immédiatement, faibles de volonté et présomptueux de leur soi-disant force morale, et cependant conscients des inconvénients de leur toxicomanie, ils n'hésitent pas à se soigner à maintes reprises pour recommencer à la première occasion. »

Dans son livre sur « Les toxicomanes » B.-J. LOGRE fait un tableau des toxicomanes :

« Par ses origines profondes, la morphinomanie comme toutes les toxicomanies est un acte de défense, une protestation de fait contre les indications misérables de l'existence, un remède à la vie.

Certains deviennent morphinomanes pour fuir un chagrin. Dans d'autres cas ce n'est plus une circonstance que le malade cherche à fuir : *c'est lui-même, c'est sa propre constitution mentale*. Insatisfait par nature, épris d'un vague et impossible « idéal » qui n'est que l'œuvre de son inadaptation au réel, il s'efforce en vain de créer un alibi à sa misère. Cherchant dans l'emploi de sa drogue, *le bonheur que seul un esprit sain peut trouver en lui-même, le psy-*

chopathe essaye de corriger le déséquilibre par l'intoxication et il n'aboutit qu'à les aggraver l'un par l'autre.

La pratique journalière montre au médecin l'extrême fréquence de la toxicomanie. *Chez les émotifs constitutionnels et chez les déprimés intermittents*, qui essayent *d'assouplir leur angoisse* par la morphine ou de la noyer dans le vin. Enfin d'autres candidats à l'intoxication volontaire sont avant tout des *fatigués, des asthéniques*. L'opium poison tonique autant que sédatif, leur apporte pour un temps *ce qui leur manque le plus : un peu d'énergie*. Dans d'autres cas il s'agit de contagion mentale, d'imitation...

Mais la cause profonde qui fait survivre la toxicomanie à son occasion initiale souvent passagère, doit être cherchée dans *les dispositions de l'esprit, du sentiment et du caractère qui prédestinent le sujet à l'abus impulsif du poison*. La toxicomanie qui dure est une maladie mentale constitutionnelle que l'occasion favorise sans la créer. Cet état d'âme préalable à peu près constant fait du sujet, non un toxicomane accidentel, victime d'une imprégnation fortuite dont il saura se libérer en temps voulu par un sursaut d'énergie, mais un toxicomane ayant le goût originel et comme le tropisme du poison. »

M. de FLEURY dans le Bulletin de l'Académie de Médecine (séance du 16 décembre 1930), cite le vieux proverbe « *Ne devient pas toxicomane qui veut* », en disant qu'il contient une idée juste, et il nous donne des précisions sur l'état mental des toxicomanes.

« Certaines personnes révèlent une facilité singulière à se laisser contaminer par l'exemple. Mais là encore, il y a une tendance constitutionnelle. Le nombre de médecins toxicomanes est infime par rapport aux facilités que les médecins ont à se procurer de la morphine.....

Et je sais bien que je simplifie un peu les choses et que je schématise comme on dit. Je n'ignore pas que, nombre de déprimés constitutionnels sont en même temps anxieux. Mais je crois cependant que cette classification demeure légitime et qu'on ne saurait nier cette double attraction, d'une part vers la médication sédatrice, d'autre part vers l'hypersthénisante.....

Il résulte d'observations nombreuses que les alcooliques morphinomanes et cocaïnomanes sont *des déprimés constitutionnels, de petits mélancoliques chroniques. Ils appartiennent à cette catégorie de cyclothymiques qui vivent habituellement au-dessous de l'activité normale, s'écroulant de temps à autre dans un bas-fond plus accentué de douleur morale, d'impouvoir.*

Ils ne connaissent que faiblement les bonnes périodes d'excitation légère du bien-être actif.

Ces pauvres âmes ont presque toujours sous les yeux le même horizon bas, d'un gris terne, les mêmes images sombres, le même désert sans soleil. Leur entourage leur reproche de « ne pas savoir réagir », alors qu'un effort de volonté ne peut les arracher à leur misère, car le pouvoir est précisément ce qui leur manque.

Or les êtres humains tendent obscurément et l'on peut dire irrésistiblement vers l'euphorie, entendez vers ce sentiment de sécurité, de bien-être, d'espoir facile, d'esprit vif, de corps léger, de mouvements sans entraves, vers cet agréable besoin de parler, de chanter, d'agir, de changer de place, d'entreprendre, cette absence de lassitude, ce dédain du repos et ce goût des effusions qui font la joie de vivre... Nos déprimés comme les autres aspirent à l'activité, à la joie de vivre, d'agir, d'aimer, de plaire dont ils n'ont pas leur part...

Un jour *notre mélancolique chronique* rencontre un chaleureux breuvage. Ou bien *l'un de ses frères en lassitude* lui apporte un peu de cocaïne à priser. Et voilà que lui sourit la déesse Euphorie..... Cet homme terne, ses yeux brillent, sa joue se colore, sa langue se délie, les idées riantes affluent et les mots pour les exprimer. *Mais cela ne dure pas, la dépression encore plus accentuée qu'avant revient et la drogue foncièrement pernicieuse revêt le caractère d'un bienfait.* »

Par ces citations, nous venons de montrer que les auteurs qui se sont récemment occupés de la question des toxicomanes avaient tous unanimement marqué l'importance de l'état constitutionnel prédisposant. Beaucoup d'entre eux sont restés dans des indications un peu vagues, mais d'autres se sont efforcés de préciser les modalités du déséquilibre.

R. DUPOUY a précisé qu'il s'agissait de « dépression et psychasthénie congénitale, cyclothymie, déséquilibre né de l'affectivité et de l'émotivité ».

B. LOGRE également indique « l'extrême fréquence de toxicomanie chez les émotifs constitutionnels et les déprimés intermittents ».

Enfin M. de FLEURY déclare qu'ils sont « des déprimés constitutionnels, de petits mélancoliques chroniques. Ils appartiennent à cette catégorie de cyclothymiques qui vivent habituellement au-dessous de l'activité normale ».

Nous allons donner nos observations de façon à corroborer et confirmer la justesse et le bien-fondé de ces importantes précisions.

OBSERVATION I. (Personnelle)
(Service du Dr F. Achille DELMAS).

M. L..., 41 ans. Homme d'affaires.

Père mort à 74 ans d'une grippe. Mère, à la suite d'une phlébite reste alitée pendant 15 ans (astasie-abasie fonctionnelle de nature psychique probable). Après la guérison de cette affection, elle devient mystique. Meurt à l'âge de 64 ans, diabétique.

Sur onze frères et sœurs, il reste quatre dont deux jumeaux, tous en bonne santé.

Un frère de sa mère semble bien avoir été un excité constitutionnel.

Comme antécédents personnels physiques, rien à signaler.

A l'école il a toujours été un des premiers élèves, a été très gai, se laissait facilement entraîner et entraînait lui-même les autres encore plus facilement.

Il interrompt ses études à 16 ans, pour aider son père dans les affaires, il devient par la suite son secrétaire.

Il travaille avec beaucoup de facilité, commence à jouer aux cartes, sort et dépense beaucoup.

A l'âge de 18 ans, sur les conseils de son père, il s'engage dans l'armée. Fait deux ans de service, la guerre éclate, il part immédiatement au front. Blessé quinze jours après son arrivée par un éclat d'obus. Commotionné, il fait un accès de confusion mentale, avec dépression confusionnelle consécutive qui dura deux mois. Après deux mois de convalescence il retourne au front et comme il est très allant, il avance vite, devient caporal, sergent et sergent-major.

Démobilisé en 1919, il revient à N... où en quelques mois il perd son père, sa mère, un frère et une sœur.

A l'âge de 25 ans, il prend la succession de son père, qui avait plusieurs associés, mais étant très actif il devient

vite directeur malgré son jeune âge (tous les associés étaient de l'âge de son père). Il déploie une activité considérable et fait prospérer les entreprises qu'il dirige.

Il se fiance mais quelques jours avant son mariage, rompt les fiançailles sous prétexte que sa fiancée n'est pas si active et intelligente que lui.

Il est de plus en plus actif et même excité, il joue beaucoup aux cartes, aux courses et à la bourse, dépense énormément. Il est élu conseiller municipal en 1929. Mais les dépenses exagérées qu'il faisait, les grosses sommes qu'il prêtait à tout venant ont vite ébranlé sa fortune. Son hyperactivité sur un fond d'euphorie et d'optimisme a sans cesse été en croissant, jusqu'au moment où les désordres exagérés de son comportement, lui font perdre sa situation. Son état change complètement, il tombe dans une dépression qui devient de plus en plus forte, jusqu'au moment où il fait la connaissance d'une femme qui fume l'opium et lui apprend ce moyen de combattre ses angoisses, il arrive promptement à 25 pipes par jour et ensuite commence à priser la cocaïne jusqu'à 2 grammes par jour. Il supprime progressivement la cocaïne à la faveur d'une rémission relative en maintenant l'opium, indispensable pour que son activité revienne en partie. Il remplace les pipes par les boulettes de dross et fin 1932, il parvient même à diminuer progressivement et à cesser. Mais la dépression revient plus accentuée qu'avant, il a des idées de suicide, il est apathique, inerte, anxieux, il recourt à l'alcool en quantité immodérée — trouvant là un autre excitant qui lui procure un bien-être passager mais insuffisant, si bien que deux mois après il recommence à prendre des boulettes d'opium.

En mars 1935, il démissionne du poste de Conseiller Municipal et commence à faire une cure de désintoxication à N... d'abord et à la Maison de Santé d'Ivry ensuite.

L'examen physique du malade a montré : Poumons, normaux; cœur, normal P. A, 13-8. Pouls à 72, régulier. Tube digestif, constipation habituelle. Système nerveux : motricité et sensibilité normales. Réflexes tendineux, vifs. Pupilles en myosis mais réagissent bien à la lumière et à l'accou-

modation. Urines, normales. Etat général assez bon, appétit conservé en partie. R. O. C., 66.

Il n'a consenti à ce sevrage qu'en raison de la situation lamentable dans laquelle ses désordres l'ont mis. Dépouillé de toutes ressources, criblé de dettes, ayant versé vers l'escroquerie, poursuivi devant la justice, menacé d'arrestation, il cède aux exigences de sa famille venue à son secours et entreprenant de le réhabiliter.

Dans ces conditions la cure se poursuit assez bien et le sevrage est obtenu en quelques semaines, comme cela se produit assez facilement chez les simples opiophages.

Le comportement du malade au cours et à la suite de la cure a comporté quelques particularités sur lesquelles il faut insister. M. L... est un homme aimable, bien élevé, à l'élocution facile, et qui en présence de l'interlocuteur s'anime, parle avec abondance et présente rapidement l'aspect d'un homme allant, souriant et paraissant de bonne humeur. Mais ce n'est là qu'un aspect momentané, renaissant facilement, mais retombant dès que le sujet est abandonné à lui-même. Dès qu'il est seul, il s'enfonce dans la dépression, devient anxieux, envahi d'idées noires et hanté par des idées de suicide.

Au fur et à mesure que progresse le sevrage, ce contraste s'accuse entre l'excitabilité provoquée et la dépression solitaire. On se rend compte que dans les moments d'excitabilité il y a quelque chose de vibrant et d'excessif, dans sa mimique, dans ses gestes et dans sa volubilité.

Il s'y ajoute de plus en plus un facteur d'insomnie. Le malade est sorti sevré mais non guéri de sa dépression excitable et de son insomnie.

OBSERVATION II. (Personnelle).

(Service du Dr F.-A. DELMAS).

M. B..., 33 ans, pharmacien.

Les antécédents héréditaires et familiaux nous révèlent : Père âgé de 67 ans, un faible de volonté, sujet à la dépres-

sion. Mère morte à l'âge de 63 ans d'un néo-intestinal, a été d'un caractère autoritaire, très active et euphorique. Un frère bien portant.

Dans ses antécédents personnels, nous ne trouvons aucune maladie physique. Au point de vue mental il a toujours préféré la solitude et la lecture aux jeux avec ses camarades.

A l'âge de 17 ans avant le baccalauréat, à la suite de surmenage, il fait un accès de dépression qui dure trois mois, pour lequel il est obligé de quitter le collège. Il reprend les études ensuite et passe assez bien les examens.

A l'âge de 21 ans étant en première année de pharmacie, il travaille beaucoup pour préparer le concours d'internat. Il est nommé interne à son premier concours, mais une fois nommé il devient déprimé anxieux, souffre d'insomnie, ne mange pas et commence à se faire de petites doses de morphine (0 gr. 01 à 0 gr. 02), ce qui lui permet de bien dormir, d'être calme et d'avoir une activité normale.

En 1927, donc trois ans après la première injection, il subit une cure de désintoxication ne voulant pas être esclave de la drogue, mais une fois désintoxiqué il redevient déprimé, anxieux, avec idées d'interprétation. Un mois après la désintoxication, il recommence et monte jusqu'à 1 gramme de morphine par jour. Il maintient cette quantité pendant toute la durée du service militaire qu'il fait en 1928, et même après.

En 1932, il s'installe comme pharmacien, et ayant beaucoup de soucis matériels, il commence à prendre en plus de la morphine, de petites doses de cocaïne en prises. En montant progressivement, il arrive à absorber jusqu'à dix grammes de cocaïne par semaine.

Au mois d'août 1934 après absorption de plusieurs grammes de cocaïne, il fait un accès délirant hallucinatoire avec idées d'interprétation et de persécution. Dans son délire, il voit des gendarmes qui le poursuivent et pour les fuir, il tente de se suicider en essayant de sectionner l'artère radiale.

C'est en ce moment (14 août 1934) qu'il entre à la Mai-

son de Santé d'Ivry où on lui supprime d'emblée la cocaïne et on diminue progressivement la morphine jusqu'à désintoxication complète. A l'entrée, l'examen physique nous révèle : un état général médiocre. Le malade est très amaigri, son appétit est considérablement diminué. Ses poumons sont normaux. Cœur également. Pouls, 68, régulier. P. A., 11-7. Sa langue est subburale, il présente une constipation habituelle. Ses réflexes tendineux sont vifs. Pupilles en mydriase, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. R. O. C., 60. Pas de sucre ni albumine dans les urines.

Après deux mois de cure dans la Maison de Santé, il sort désintoxiqué, mais il reste déprimé, n'a goût à rien, reste inerte, souffre d'insomnie. S'il survient une excitation extérieure, s'il va au théâtre, au cinéma, s'il se trouve en société ou s'il absorbe de l'alcool, il sort de son état d'inertie pour quelques heures pour retomber dans la dépression ensuite.

Trois mois après la désintoxication, et toujours sevré, il fait, sous l'influence de sa dépression anxieuse, une tentative de suicide en absorbant dix miligrammes de digitaline. Il est ramené à la Maison de Santé où il fait un séjour de six semaines et en sortant il recommence à s'injecter la morphine de nouveau à l'exclusion de la cocaïne.

Depuis cette époque et jusqu'au jour où nous l'avons vu pour la dernière fois (mars 1936), il se maintient à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 de morphine en diminuant ou augmentant la dose suivant l'activité à déployer et l'effort à fournir.

OBSERVATION III. (Personnelle).

(Service du D^r F.-A. DELMAS).

Mlle V..., 40 ans, sans profession.

Père mort de tuberculose pulmonaire à 33 ans a été déprimé, anxieux, que la famille attribuait à la tuberculose. Mère âgée de 68 ans bien portante. Un frère âgé de 45 ans atteint de tuberculose pulmonaire, déprimé également. Une sœur de la mère morte dans un asile d'Aliénés.

Rien à signaler comme maladies d'enfance. Elle est réglée à 11 ans.

A l'école jusqu'à 13 ans (son certificat) elle a été une mauvaise élève, n'ayant pas le goût de travailler.

Après son certificat, elle interromp ses études, car obligée d'aider sa mère boulangère.

Jusqu'à 18 ans, elle reste avec sa mère, souvent déprimée, fatigable au moindre effort, avec parfois des bouffées d'euphorie et d'activité débordante.

A l'âge de 18 ans, en 1914, quand les allemands bombardaient R..., sa ville natale, elle voit mourir plusieurs personnes de son quartier sous les bombes allemandes. Cela lui provoque un choc émotif telle qu'elle reste pendant 17 jours dans une cave, couchée, très déprimée, refusant toute nourriture et priant constamment.

Elle quitte R... et vient à Paris. La dépression fait place à une excitation avec débordement de l'activité. Elle prépare son concours d'entrée au Conservatoire en 15 jours. Après deux ans d'études, au lieu de trois, elle obtient le premier prix de chant, débute sur scène à Paris et Dauville. Pendant tout son séjour au Conservatoire, une actrice de ses amies nous a indiqué, qu'elle était remarquablement hyperactive, allante, brillante, d'une séduction extrême, faisant l'admiration de toutes les camarades, reconnaissant en elle sous son exubérance infatigable, une expansivité et une générosité tout à fait hors la commune mesure.

Cette période dure trois ans.

En 1917 après un choc émotif (mort d'un ami qui était grand aviateur de guerre) et un épisode infectieux, grippal probablement, elle retombe dans une dépression avec apathie, ne mange pas, ne dort pas et fait même une tentative de suicide.

Un de ses amis lui apporte une poudre (héroïne) en lui disant qu'elle fait dormir. Il lui suffisait de prendre un peu d'héroïne pour retrouver son activité, pour pouvoir manger et dormir.

Au bout de quelque temps, la dépression étant passée elle

arrête de priser. Son activité normale revient, elle contracte un engagement de plusieurs mois pour les Etats-Unis.

A son retour en France, la dépression revient. Elle devient sourde et un médecin consulté lui dit que cette surdité est incurable. Elle fait une tentative de suicide, mais se blesse seulement avec la balle de revolver.

C'est après cette tentative de suicide, donc en 1918, qu'elle recommence à prendre de l'héroïne et augmente progressivement les doses.

Elle abandonne sa carrière théâtrale, à cause de la dépression et de la surdité.

A plusieurs reprises elle fait des cures de désintoxication, mais la dépression persistant après le sevrage l'oblige à reprendre la drogue.

Pendant ces 16 ans (1918-1934), elle a des périodes de dépression très accentuée, pendant lesquelles elle a besoin de plusieurs grammes d'héroïne (jusqu'à 5 grammes), pour avoir un peu d'activité et de calme léger. Par contre, elle a d'autres périodes de dépression légère ou nulle où de faibles doses lui suffisent.

Souvent une excitation extérieure : visite d'une personne qui lui est sympathique, sortie agréable, etc..., lui remplace en partie l'héroïne et dans ces moments les doses minimales et espacées lui sont largement suffisantes.

Elle rentre à la Maison de Santé d'Ivry le 17 juin 1934 et en fait une désintoxication au démorphène. Mais dès qu'elle est sevrée, elle fait de la dépression anxieuse extrêmement intense avec idées actives de suicide et on est obligé de lui rendre de l'héroïne en prises. A partir de ce moment, on essaye une diminution progressive mais dès qu'on atteint de petites doses, l'état dépressif anxieux réapparaît, avec une telle intensité qu'elle refuse la suppression complète. Les doses auxquelles elle était habituée depuis plusieurs années varient en prises d'héroïne de 1 à 2 gr. Il est facile de la maintenir entre 0 gr. 20 et 0 gr. 30, mais il apparaît au-dessous de cette dose, non un état de besoin, mais un état mélancolique nettement caractérisé.

A cette époque, l'examen physique de la malade révèle

un état général assez bon, appétit bien conservé. Poumons, normaux. Cœur, normal. Pouls à 70. Pression artérielle, 14,8. Réflexes tendineux, normaux. Pupilles en myosis réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. R. O. C., 62. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Elle est ainsi maintenue aux doses de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 depuis le mois d'août 1934 jusqu'au mois d'avril 1935. Son comportement pendant tout ce temps-là est assez remarquable en ce sens que toute la journée elle est obligée de rechercher une dérivation continue.

Laissée à elle-même, elle se déprime sans atteindre le degré de mélancolie, qu'amène les diminutions marquées ou la suppression. Elle est maussade, découragée, insomniaque, reprise du dégoût de la vie et de l'obsession du suicide.

Si elle est distraite, entourée, elle s'anime devient loquace et même exubérante, pour une heure ou deux.

Du mois d'avril 1935 jusqu'au 10 janvier 1936, elle reprend sa vie libre et l'abus du toxique.

Le 10 janvier elle revient à la Maison de Santé en raison de difficultés qu'elle a à se procurer de la drogue et de menaces de poursuite judiciaires. Elle accepte de tenter un sevrage brusque dans une clinique d'un confrère à Neuilly-sur-Seine et y reste du 26 janvier jusqu'au 17 février 1936. Le sevrage est extrêmement pénible. Elle revient à la maison de Santé très fatiguée, anxieuse, insomniaque mais accepte de prolonger la cure de sevrage. Un mois après l'état dépressif anxieux persiste très pénible. Nous consentons devant les réactions mélancoliques nettes qu'elle présente, à lui donner LX gouttes de laudanum par jour et un hypnotique le soir. Le sommeil est un peu meilleur, mais l'anxiété persiste et la malade cherche au cours de la journée à s'étourdir, ne voulant jamais rester seule, craignant le moindre moment de solitude, au cours duquel elle est reprise d'angoisse et d'idées de suicide. Il se produit alors un événement important dans sa vie, il lui échoit une succession de 10 millions qui transforme sa situation médiocrement aisée en une fortune considérable. Cet événement ne produit aucun changement dans son état, elle continue

à déclarer qu'il lui sera impossible de vivre dans ces conditions et si son anxiété, ses malaises cénesthésiques doivent persister, elle est décidée à recourir au suicide « mes héritiers pourront faire à ma place le bien que j'aurais pu maintenant procurer » dit-elle.

Depuis trois mois l'état est sans changement, la lutte très pénible, et la rechute ou le suicide sont également à craindre.

OBSERVATION IV. (Personnelle).

(Service du Dr F.-A. DELMAS).

M. G..., 31 ans, caissier comptable.

Ses antécédents héréditaires et familiaux nous révèlent : père éthylique, mort à 68 ans d'une artérite diabétique. Mère bien portante. Grand-Mère maternelle trois oncles et trois tantes bien portants, cousins également.

Né à terme de père âgé de 49 ans diabétique et de mère âgée de 39 ans après dix ans de mariage, il est fils unique. La mère n'a jamais eu de fausses couches.

Rougeole, coqueluche, varicelle, diphtérie d'intensité moyenne dans la deuxième enfance et l'adolescence. Appendicectomise à 15 ans. A 21 ans fièvre typhoïde trainante avec persistance de la température autour de 39° pendant deux mois, compliquée de congestion pulmonaire.

A l'âge de 12 ans se manifeste un début apparent de dépression. Il aime la lecture, la solitude lui est très agréable, évite les camarades et les jeux. Il est timide, craintif. Il prépare son baccalauréat qu'il passe assez bien, fait le P. C. N. et la première année de médecine, mais abandonne la médecine qui ne lui plaît pas, fait un an de droit et abandonne les études à cause de la fièvre typhoïde et parce que insouciant de son avenir. Elève moyen à l'école il n'a jamais doublé l'année.

Depuis l'âge de 18 ans il commence à éprouver le besoin de boire de l'alcool, en solitude surtout. Il boit pour se donner de l'entrain et de l'assurance, avant de faire une

démarche, une visite etc..., en somme avant chaque acte un peu important. Il boit par intermittence, au début tous les quelques mois mais par la suite de plus en plus souvent.

A l'âge de 22 ans, après la fièvre thyphoïde la dépression s'accroît, il présente des idées hypocondriaques, il est anxieux et souffre d'insomnie. Il a peur de se trouver dans un endroit clos surtout en présence du monde parce que si par hasard il avait un malaise quelconque il serait gêné pour sortir.

A l'âge de 23 ans il est placé dans le service auxiliaire par le conseil de révision à cause de sa tachycardie et fait le service militaire dans l'armée du Rhin. Pendant toute la durée du service, il boit beaucoup moins et n'en éprouve pas le besoin, la dépression ayant notablement diminué.

A l'âge de 24 ans, il devient comptable dans une Maison de pétrole où il reste pendant quatre ans. Il boit davantage, mais toujours par intermittence. Il emporte avec lui, au travail en cachette un flacon de cognac ou d'eau-de-vie et le boit dans la journée. En sortant du travail il boit également. Quand il buvait peu à la fois, il travaillait bien et le rendement était bien meilleur que lorsqu'il ne buvait pas. Mais quand il buvait beaucoup le rendement était nul.

Il est très estimé comme comptable par les directeurs et a même été redemandé après qu'il a eu quitté la maison au cours d'un accès dipsomaniaque.

Au retour du besoin de boire s'associaient l'inclination à se promener seul ou entreprendre un voyage.

Buvant de plus en plus souvent et ne se sentant pas capable d'accomplir sa fonction de comptable il donne sa démission en 1932.

Entre 1932 et 1934, le même état continue avec poussées intermittentes associées au besoin de sortir et de faire des petits voyages. Quand il se met en état d'ébriété il se cache ayant peur d'être reconnu et vu dans cet état.

En juillet 1934, il commence à sentir les premiers troubles d'une imprégnation toxique éthylique : anorexie, vomissements, constipation alternée avec diarrhée, teint subictérique, cauchemars nocturnes, mais il continue néanmoins à boire.

Au mois de décembre 1934 il rentre à la Maison de Santé d'Ivry et à l'examen nous lui trouvons, *une parésie des muscles extenseurs des membres inférieurs, une douleur à la pression des masses musculaires des mollets et de l'éminence thénar. Les réflexes rotuliens et achilliens sont abolis.* Ceux des membres supérieurs persistent. Pas de signes de BABINSKI. Pupilles normales. *Il présente des troubles de la mémoire et surtout une amnésie des faits récents et de la fabulation.* Ses poumons sont normaux. Le cœur est légèrement rapide mais régulier. Pouls à 80. Pression artérielle, 19-10 diminue avec le repos et la désintoxication. Il présente un état sabbural de la langue, un appétit médiocre, une soif vive et une constipation tenace. Ses conjonctives sont subictériques. Son foie n'est pas augmenté de volume ni douloureux. Rate non percutable, pas d'ascite ni circulation collatérale R. O. C., 80. Ses urines ne renferment ni sucre, ni albumine. La réaction de BORDET-WASERMANN est négative dans le sang.

Le syndrome de KORSAKOFF rétrocede après deux mois mais le malade reste déprimé.

Il rentre chez lui et se remet à boire, un mois après il fait une hémathémèse abondante, qui l'oblige à rester alité. Il arrête de boire pendant un mois, mais la dépression s'accroissant il recommence. Au mois de juin 1935 il fait un accès de délire onirique avec un état subconfusionnel; une température aux environs de 38°5, 39° et subictère. Il est ramené à nouveau à la Maison de Santé d'Ivry, où après une cure de désintoxication son délire cesse. Il ressort de la Maison de Santé et peu après une nouvelle poussée dipsomaniaque.

D'une façon générale l'évolution de cette toxicomanie, s'est faite sous la forme un peu dégradé de dipsomanie. Le malade indique bien que d'une façon habituelle il était un peu déprimé, timide, se réfugiant dans la solitude et avait pris l'habitude de boire peu ou prou, d'une façon un peu continue. Mais de temps à autre et d'une façon de plus en plus fréquente son anxiété s'accroissait brusquement et aussitôt il était pris d'une véritable impulsion à boire d'une

façon intense, jusqu'à l'ivresse et cela pendant une quinzaine. Puis l'accalmie se faisait et pendant une période variable qui allait autrefois jusqu'à six mois, qui actuellement ne dépasse guère un mois, se reproduisent l'anxiété et l'impulsion à boire avec excès. Chez lui encore on constate dans l'intervalle des accès un contraste entre l'attitude qu'il a en présence d'interlocuteurs qui fouettent son excitabilité : il se montre aimable, empressé, volubile. Par contre livré à lui-même il est inactif avec tendance à l'inertie surtout pendant tout le cours de la matinée. Au cours de l'après-midi il cherche la dérivation dans une errance solitaire à travers les rues ou la campagne.

OBSERVATION V

DE RAYMOND et JANET in « Obsessions et Psychasténie ».

Homme de trente ans, sujet depuis l'âge de quinze ans à des crises de dépression. « De temps en temps, dit-il, il me semble que je m'effondre, je ne suis plus bon à rien, je ne sais même plus lire, tout me paraît confus et étrange ». Jusqu'à l'âge de 22 ans, il a supporté ces crises pénibles avec résignation. Il restait ainsi aplati quelquefois pendant deux heures à peine, quelquefois pendant plusieurs jours. Il avait bien le sentiment vague qu'il lui faudrait une excentricité quelconque pour le relever. Ayant été entraîné par des camarades à faire des excès de boisson et ces excès ayant dissipé ses crises de dépression, l'idée lui vint que l'ivresse était un remède contre ses tourments. Depuis ce moment, ses crises ont changé de nature quand il se sent déprimé, il est envahi par l'idée obsédante de la boisson. Il lutte, il hésite, il veut seulement se soulager et diminuer le sentiment de dépression qu'il éprouve, il boit à contre-cœur, seul, sans plaisir, sans conviction et bientôt il ne peut plus résister et dépense tout l'argent qu'il a sur lui, il met sa montre au Mont-de-Piété, emprunte d'une manière absurde et finit par un état d'hébétéitude qui amène la fin de la crise.

OBSERVATION VI

De R. DUPOUY et M. DELAVILLE in « Traitement des toxicomanes par les lipides végétaux » (Encéphale, N° 3, Mars 1934. Observation II).

L... Pierre sans profession, 37 ans, se laisse entraîner en 1918 à fumer l'opium, continue pendant six ans, allant jusqu'à 60 pipes par jour. Manquant d'opium, a recours à l'héroïne, en prises nasales. Désintoxiqué dans une clinique parisienne, reste deux ans sans en reprendre. Recommence il y a huit mois, héroïne en prises puis en injections.

« De ma cure antérieure, nous déclare-t-il, j'ai conservé surtout le souvenir de grosses insomnies, de crises nerveuses, de vomissements incoercibles qui me firent rester vingt jours de plus après ma désintoxication, en clinique. De plus, un an après ma désintoxication, je ne prenais goût ni à la vie, ni à la nourriture et me sentais très faible et devenu comme un vieillard. J'avais pourtant été admirablement soigné. Je n'ai continué à m'intoxiquer que pour ne pas souffrir du manque et non par besoin d'euphorie, impossible d'ailleurs à obtenir après les premières semaines d'intoxication. Je retrouvais des forces nouvelles avec mes piqûres et, me semble-t-il au début surtout une plus grande lucidité cérébrale. Celle-ci a d'ailleurs petit à petit fait place à des manques de mémoire et un grand désir de guérison... »

OBSERVATION VII

(Communiquée par le Dr F. A. DELMAS).

Madame P..., entrée à la Maison de Santé d'Ivry, le 20 juin 1925, à 35 ans.

Hérédité similaire paternelle et hérédité similaire chez la fille.

Tendances dépressives et hyperémotives très anciennes. Un état de dépression plus intense et de forme chronique

s'installe à partir de la trentième année. Deux longs séjours de cure à Sanjon Alternatives d'atténuation et d'aggravation. Insomnie très tenace. Crises d'angoisse et d'énervement assez fréquentes qui entraînent l'usage du pantopon. A partir de ce moment très grande amélioration. Sous l'influence de 6 à 10 piqûres par jour, reprise d'une vie à peu près normale, mais au bout d'un an refus des médecins de continuer les ordonnances et conseil de sevrage. Deux sevrages consécutifs chaque fois suivis de retour à un état de dépression anxieuse avec insomnie et cénesthésie très pénible amènent l'échec des sevrages, elle récidive.

A son entrée à la maison de Santé d'Ivry au début de 1925, la malade prend toujours près de dix ampoules de pantopon, depuis quatre ans. Sevrage lent, pénible et réalisé seulement au bout de quatre mois. Impossibilité de reprendre la vie normale; malade presque tout le temps couchée, anxieuse, triste, dormant très peu, entretenant un état de revendication contre le milieu familial qui s'oppose à toute reprise du toxique; crises fréquentes d'angoisse, d'agitation avec impulsions, d'énervement et de désespoir. Au cours de visites agréables ou avec les médecins, elle devient momentanément en train et vive; mais ce ne sont que de très courtes flambées.

Cet état persiste avec des oscillations mais sans vraies périodes d'accalmie; sevrage maintenu rigoureux; tous les sédatifs autres que les opiacés ne donnent point d'amélioration.

Le 24 Mai 1929, après quatre ans de sevrage et de séjour à la Maison de Santé, la malade obtient un changement de Maison de Santé dans l'espoir de fléchir son nouveau médecin.

Un mois après n'ayant pu obtenir de toxique et son état demeurant stationnaire, c'est-à-dire très pénible, elle se suicide par pendaison.

OBSERVATION VIII.

(Communiquée par le Dr F. A. DELMAS).

Madame L..., entrée à la Maison de Santé d'Ivry à 38 ans, le 13 juillet 1926.

Hérédité similaire du côté paternel. Enfance et adolescence marquées par une grande émotivité et des tendances dépressives marquées.

A 19 ans vocation religieuse. Ne peut être conservée au couvent en raison de son état asthénique fatigable. Elle a 20 ans quand la guerre éclate. Pourvu d'un diplôme d'infirmière, elle entre dans un hôpital de la Croix-Rouge et est chargée du service de la salle d'opération, service très fatigant. Pour combattre sa courbature et pouvoir dormir, elle a l'idée de se faire de la morphine : transformation subite et complète de l'état, et pendant plus de quatre ans, en augmentant progressivement les doses, elle assure régulièrement le service. A la fermeture de l'hôpital, elle perd son ravitaillement en morphine et se trouve très mal. Elle ne peut s'en procurer que très difficilement et irrégulièrement. Elle a alors recours à tous les ersatz : gardénal, somnifène, chloral, etc. On la trouve souvent dans son milieu familial ivre-morte, étalée à terre et dormant pendant deux ou trois heures. On lui impose d'entrer en Maison de Santé.

En six ans elle fait six Maisons de Santé différentes, revenant à plusieurs reprises dans deux d'entre elles. Tantôt elle va jusqu'au bout du sevrage, tantôt point, mais sevrée ou diminuée, elle retombe dans un état de dépression anxieuse qu'elle déclare intolérable et ne peut supporter.

Elle rentre à la Maison de Santé d'Ivry le 13 juillet 1926, ayant obtenu pendant quelques semaines de la morphine. Le sevrage est lent, pénible. Il est suivi après disparition de tout état de besoin, d'un retour à la dépression anxieuse avec asthénie extrême et insomnie; pessimisme, humeur sombre, dégoût de la vie, obsessions suicide.

Après plusieurs mois de persistance de cet état, nous la

mettons au laudanum (60 gouttes par jour et un gardénal à 0,10 gr. par jour). Atténuation légères des symptômes, mais pendant près de six ans, ces doses ne l'empêchent point de demeurer une grande déprimée, regrettant le soulagement de la morphine et l'implorant bien souvent. Elle a dans son évolution des accalmies relatives et des poussées très pénibles, et toujours une aptitude à l'excitabilité pour une heure ou deux à l'occasion des circonstances favorables : à ces moments, la malade qui est d'ailleurs intelligente, devient très épisodiquement amusante, pleine d'humour un peu rosse et brulante.

Elle est incapable de vivre en dehors de la Maison de Santé et tous les essais de sorties sont suivis de fraude, la malade s'achetant tout ce qu'elle peut comme toxique au dehors. Dans un voyage obligé au Havre, elle fait six pharmacies, achetant dans chacune un tube de 20 comprimés de gardénal à 0,10 gr. Elle les absorbe dans sa chambre d'hôtel et tombe comateuse au 116°. Transportée à l'hôpital, elle y dort pendant quatre jours et se réveille sans paraître très incommodée. Pendants six ans, nous la maintenons dans cet état, ne permettant que de très rares sorties obligatoires, toujours suivies de fraude.

Le 17 octobre 1932, ayant absorbé deux flacons de somnifène achetés, au cours d'une sortie la veille, elle est trouvée morte dans son lit.

DE DEUX VARIETES DE TOXICOMANIES

Avant d'aborder l'interprétation des faits que nous étudions, il importe d'établir une distinction fondamentale entre deux variétés de toxicomanes, les accidentels et les prédestinés.

Les premiers correspondent aux faits dans lesquels une affection douloureuse de longue durée (crise gastrique du tabès, rhumatisme douloureux, algies zosteriennes, etc...) a nécessité l'usage prolongé de la morphine.

Les seconds quelles que soient les conditions qui les ont amenés à faire usage de la morphine, y trouvent d'emblée une transformation de leur manière d'être et de sentir, qui constitue pour eux une sorte de renaissance.

Les différents auteurs sont d'accord sur cette différenciation. J.-A. CHAVANY prenant part à la discussion de la communication de R. KRAINIK sur la « Physio-Pathologie de l'intoxication chronique par la morphine » à la Société Médico-Chirurgicale des hôpitaux libres (séance du 3 février 1936), dit : « Un *distinguo* s'impose entre les morphinomanes par accident et les morphinomanes par déséquilibre mental, ces derniers étant les plus fréquents ».

A la même séance, M. MORLAAS dit « Il faut abso-

lument distinguer au moins deux variétés de toxicomanes : — ceux d'une psychologie spéciale dont les termes ont été de nombreuses fois analysés et qui retombent immédiatement après la cure dans les errements antérieurs : ce sont toujours des polytoxicomanes.

— ceux accidentellement habitués (au cours d'une affection douloureuse, etc...) qui après cure ne retombent pas lorsqu'il n'existe pas de prédisposition psychologique ».

L'opposition entre ces deux types dont nous venons de montrer qu'elle est bien connue par les auteurs, qui se sont occupés des toxicomanes, demande à être précisée.

I. LES TOXICOMANES ACCIDENTELS.

Lorsqu'il s'agit de toxicomanes accidentels à condition que les causes douloureuses initiales aient disparu au cours de l'évolution, les sujets sont très facilement sevrés et ne récidivent point. On trouve bien chez eux l'habitude de la piqûre et aussi l'état de besoin physiologique possible; qui suit l'éloignement ou la suppression de la piqûre : c'est pourquoi le sevrage n'est guère réalisable tant que persistent les phénomènes douloureux. Ce serait ajouter un supplément très important de douleurs. Mais lorsque l'affection initiale se modifie et que les malades n'en souffrent plus, ils supportent admirablement le se-

vrage et ne présentent aucune des réactions multiples et tenaces des vrais toxicomanes.

Lorsqu'ils sont sevrés on les voit reprendre une vie normale et ils ne présentent point les caractères spéciaux du tempérament toxicomane. Autrement dit, c'est la démonstration que ce n'est pas la toxicomanie qui crée l'état mental, mais que c'est celui-ci qui incline et accroche le sujet au toxique.

II. LES TOXICOMANES PRÉDESTINÉS.

Il n'en est plus du tout de même pour les toxicomanes prédisposés. On a beaucoup insisté sur les conditions d'éclosion de la toxicomanie. On a incriminé notamment le snobisme et il n'est pas douteux que celui-ci sévit dans certains milieux de bars et de boîtes de nuit. Mais outre que ce snobisme s'exerce sur un très grand nombre de sujets, dont une infime partie seulement verse dans la toxicomanie systématisée, il n'est pas douteux qu'un assez grand nombre de déséquilibrés prédestinés fait partie de la clientèle de ces milieux spéciaux.

On a incriminé encore la contagion et il n'est pas douteux que les morphinomanes sont vivement enclins au prosélytisme. Ils ont tellement expérimenté les bénéfices immédiats que leur procurait la drogue, qu'ils sont naturellement portés à vouloir soulager ceux qui dans leur entourage se plaignent de quelque mal. Cette reconnaissance à la drogue crée entre eux au fur et à mesure qu'ils la pratiquent une sorte de

solidarité et même, le besoin de justification aidant, une sorte de sentiment de supériorité attribuée à l'élite dans laquelle ils se classent. Pour toutes ces raisons, le toxicomane vrai est porté à entraîner le conjoint, l'ami, le camarade, etc... Mais ici encore la contagion n'agit qu'en présence d'un terrain prédisposé. Le nombre de toxicomanes mariés dont le conjoint est resté indemne est infiniment supérieur à celui dont le conjoint a été contaminé. Il y a plus : les prédestinés ont un ensemble de caractères qui leur sont communs dans les goûts, dans les habitudes, dans les manières d'être qui font qu'ils se rapprochent et qu'avant de se contagionner ils se sont recherchés.

Restent enfin les piqûres faites par le médecin dans un but thérapeutique et qui sont un point de départ de beaucoup de toxicomanes. S'il faut en croire R. DUPOUY ce serait là la cause occasionnelle de beaucoup la plus fréquente. (*Annales Médico-Psychologiques*, mai 1932). Mais ici encore il convient de faire certaines remarques. S'il est incontestable que l'intervention thérapeutique est à l'origine de beaucoup de toxicomanies, cette constatation des faits ne peut être estimée que par comparaison avec la très grande multitude d'interventions thérapeutiques qui ne sont pas suivies de toxicomanies.

On a dit de même que l'usage des toxiques était fréquent dans la profession médicale et paramédicale (médecins, pharmaciens, infirmières, sages-femmes, etc...) cela est encore vrai » mais cette fréquence devient infime si on la compare au nombre

absolu des membres du milieu médical et paramédical, et aux facilités que les médecins ont à se procurer de la morphine », suivant la juste remarque de M. de FLEURY dans sa communication à l'Académie de Médecine (Séance du 16 décembre 1930).

Bien plus à la Maison de Santé d'Ivry, notre Maître, le Docteur F.-A. DELMAS emploie presque systématiquement pour tous les états de dépression mélancolique, la piqûre de Sédol le soir. Pendant quatre ans que nous avons passés dans son service nous avons nous-mêmes collaboré à cette thérapeutique. Lorsque les malades sont sortis de leur mélancolie, rien n'est plus facile que de supprimer en quelques jours le toxique qui a été employé parfois pendant plusieurs mois. Dans aucun de ces cas nous n'avons vu le sevrage se compliquer et jamais un seul de ces malades n'a versé dans la toxicomanie. Ceci pourrait paraître singulier mais, comme nous nous efforcerons de le démontrer plus loin, ce ne sont pas tous les mélancoliques intermittents qui sont prédestinés à la toxicomanie mais seulement une variété assez spéciale de cyclothymiques.

De tout ceci il nous semble résulter que l'intervention thérapeutique n'est une cause occasionnelle de toxicomanie que chez des sujets très particuliers, et en nombre très limité.

Disons en passant que ce serait une erreur médicale et une attitude inhumaine que de renoncer au bienfait de la morphine sous prétexte que dans un très petit nombre de cas il pourrait s'en suivre une toxi-

comanie. Il ne faut pas perdre de vue que lorsque cette complication se produit, le sujet était à la merci de toutes les occasions qui sont multiples et que s'il n'avait pas versé vers un succédané de l'opium, il aurait sans doute versé vers l'alcoolisme, ce qui à notre avis peut être considéré comme pire.

En tout cas, ces considérations nous paraissent démontrer d'une façon évidente, que ne devient pas toxicomane qui veut et qu'il y faut une prédisposition très particulière qu'il nous reste à étudier.

DE LA CYCLOTHYMIE ET DE L'HYPEREMOTIVITE DES TOXICOMANES

Comme nous l'avons montré dans notre chapitre d'historique et par nos observations, les vrais toxicomanes — toxicomanes prédestinés, sont tous des déséquilibrés. Quelles sont les modalités du déséquilibre que l'on rencontre chez eux ?

La première constante est la cyclothymie. Elle est démontrée d'abord par leur hérédité, la cyclothymie étant de toutes les modalités du déséquilibre la plus héréditaire sous la forme similaire. Elle existe souvent dans les antécédents héréditaires sous la forme atténuée d'excitation constitutionnelle ou de dépression constitutionnelle, comme dans nos deux observations I et II et peut alors être méconnue. Elle existe aussi sous la forme d'un état psychopatique franc (observation III). Elle est démontrée surtout par les antécédents personnels du sujet. Dans nos quatre observations, aussi bien que dans celles que nous avons citées à la suite, tous les sujets avaient présenté antérieurement à leur toxicomanie des états d'excitation et de dépression, compliqués même à l'occasion de tentatives de suicide.

Elle est démontrée encore par l'état même de nos malades, non seulement pendant mais encore à la

suite de leur toxicomanie. Tous sont entrés dans l'usage du toxique, non pas par snobisme, non pas même par intervention thérapeutique, mais par suite d'un état anxieux pénible, qui avec ou sans contagion leur a permis de découvrir le calmant approprié.

Ce que tous nous ont nettement indiqué, c'est que l'usage des toxiques leur avait apporté d'emblée un apaisement immense.

On a parlé à tort à propos des toxicomanes, de la recherche d'une sorte de paradis artificiel, la chose n'est vraie que pour un grand nombre de fumeurs d'opium : parmi ceux-ci, il en est beaucoup en effet qui, par curiosité et par contagion dans certains milieux favorables (Extrême-Orient, ports de mer), vont fumer l'opium en dilettantes et éprouvent en effet, une certaine euphorie mainte fois décrite. Mais ce ne sont pas de vrais toxicomanes, ils ne deviennent pas des esclaves de la drogue et s'en passent facilement. Il est cependant quelques fumeurs d'opium prédestinés qui sont de vrais toxicomanes, mais ceux-là ne recherchent pas une euphorie dans l'usage du dross mais seulement l'apaisement de leur anxiété chronique et ce sont ceux-là seuls qui sont condamnés à y persévérer.

Tous les autres toxicomanes n'ont jamais connu, à proprement dire, même au début, quelque extase ou quelque euphorie, ce qu'ils ont rencontré, c'est le soulagement de leur cénesthésie restée mauvaise, depuis des années ou depuis toujours.

Ils ont continué seulement pour maintenir le même

soulagement à des doses variant suivant leurs oscillations cyclothymiques et suivant les efforts à produire.

Ce qui montre plus encore le fond cyclothymique de tous les toxicomanes c'est ce qui se passe chez eux après le sevrage. Lorsque la suppression est faite il faut un temps de surveillance et d'adaptation prolongé pendant plusieurs semaines. Il se produit en effet sous diverses influences (névralgies, migraines, surtout diarrhée) des retours d'état de besoin qui pourraient à eux seuls exposer à une récurrence. Mais lorsque ce temps est écoulé, qu'il n'y a plus, ou qu'il ne peut plus y avoir d'états de besoin, l'état du sujet est caractéristique.

Bien que parfois leur état physique soit devenu bon et qu'ils aient engraisés, on les retrouve retombés dans un état de dépression pire que pendant la durée de la toxicomanie. Ils sont anxieux, insomniaques, d'une excitabilité extrême, cherchant sans cesse à se divertir et à s'étourdir pour échapper à l'ennui et au dégoût qui les dominent.

Prenons des exemples. Dans notre première observation nous n'avons pu suivre le malade après sa sortie, mais dans l'observation IV, notre malade est retombé dans ses impulsions dipsomaniaques. Dans l'observation II, le sujet, après trois mois de sevrage complet était dans un état de mélancolie extrême et a fait une tentative de suicide grave. Après une deuxième tentative nous avons dû renoncer à le servir pour éviter les accidents bien plus graves que ceux de sa toxicomanie.

Dans notre observation III, deux premières tentatives ont dû être abandonnées en présence de l'acuité de symptômes dépressifs anxieux. La troisième tentative par sevrage brusque a bien permis jusqu'ici que la malade ne récidive pas. Mais elle est dans un état dépressif anxieux qui persiste malgré l'heureux événement qui aurait pu la remonter. Bien qu'elle ait retrouvé un peu de sommeil, bien qu'elle soit éloignée de tout état de besoin et bien que nous la maintenions encore dans un état d'espoir, il semble bien que l'aspect chronique de son anxiété doit la reconduire à la récidive, sinon au suicide.

Ainsi nous paraît bien démontré l'existence d'une cyclothymie à prédominance dépressive, avant, pendant et après la toxicomanie.

A la cyclothymie qui nous paraît constante il semble qu'il est de règle de voir s'ajouter une deuxième modalité du déséquilibre, l'hyperémotivité.

Nous l'avons retrouvée non seulement dans le cours de l'évolution de la toxicomanie mais encore par anamnèse dans le passé des sujets, depuis l'âge le plus précoce.

Cette dernière constatation prouve que ce n'est pas l'état dépressif qui a suffi à créer l'hyperémotivité. On sait en effet que même sans émotivité innée importante, la dépression cyclothymique suffit à provoquer l'anxiété. Mais celle-ci est d'autant plus intense et d'autant plus insupportable que l'émotivité native du sujet est plus grande.

Or chez nos malade l'hyperémotivité existait d'em-

blée concurremment aux tendances dépressives et antérieurement à la toxicomanie. On comprend alors pourquoi les toxicomanes prédestinés ont des formes dépressives plus particulièrement anxieuses. Ils s'opposent aux formes de dépression plus ou moins inertes, apathiques ou même stuporeuses des déprimés très pauvres en émotivité. Ils font tous de la dépression à grande anxiété. Et c'est cette anxiété qui devient le symptôme prédominant entretenant la cénesthésie pénible, l'insomnie, l'incapacité, le dégoût et l'ensemble des réactions mélancoliques de nos sujets.

On a beaucoup parlé de la pusillanimité ou de l'alloghobie des toxicomanes. Cette attitude existe en effet chez eux du fait seul de leur hyperémotivité; la toxicomanie ne crée pas, mais ne fait que renforcer cette réaction particulière. Ainsi, à notre avis, c'est l'association de la cyclothymie à prédominance dépressive et de l'hyperémotivité qui constitue le déséquilibre propre aux toxicomanes prédestinés.

Toutes les autres modalités du déséquilibre peuvent évidemment se rencontrer, mais elles sont contingentes, c'est-à-dire peuvent faire défaut et la toxicomanie se constitue sans elles.

Lorsqu'il existe des tendances paranoïaques, le toxicomane sera plus enclin à revendiquer son droit à la drogue et à s'en absoudre.

La perversité née tantôt existe, tantôt n'existe pas. Si elle existe elle favorisera chez le sujet le mensonge utilitaire et les moyens délictueux de se procurer des

toxiques (fausses ordonnances, vols, escroqueries, etc.).

La mythomanie pose un problème plus difficile à résoudre; il est certain qu'elle est extrêmement fréquente chez les toxicomanes et qu'elle s'associe à des manifestations habituelles de coquetterie dans les vêtements, de goût pour le luxe et de recherche des choses raffinées. Elle fait ainsi partie de l'état mental des toxicomanes. Il est certain que les conditions dans lesquelles est amené à vivre le toxicomane, l'obligent à se cacher et à tromper, l'entraînent à mentir par besoin. Mais nous pensons qu'à part cette hypocrisie utilitaire et en quelque sorte obligatoire, la mythomanie constitutionnelle, si elle existe, n'est ni très fréquente, ni nécessaire.

En tous cas, dans nos observations, si le sujet de nos observations III est nettement enclin à la mythomanie et à une mythomanie innée et ancienne, nous ne la retrouvons pas dans les trois autres cas.

Reste un problème important à envisager. Il faut convenir qu'étant donné le nombre des cyclothymiques hyperémotifs qui ne versent pas dans la toxicomanie il ne suffit pas de cette double association du déséquilibre pour verser vers l'abus du toxique.

Nous avons déjà indiqué que dans le très grand nombre de mélancoliques qui sont traités par le laudanum (et la laudonomanie existe) et que même parmi le nombre des mélancoliques que nous avons traité à l'aide de piqûres de Sédol, il n'en est pas qui soit pour cela devenu toxicomane. Il serait donc vain d'invoquer les causes occasionnelles ayant par hasard

existées pour ceux-ci et non pour ceux-là. En réalité il nous paraît que c'est une variété très spéciale de l'association cyclothymie-hyperémotivité qui constitue l'état mental des prédestinés à la toxicomanie. C'est cette variété que nous allons nous efforcer de décrire sous le nom de *dépression excitable*.

DU POLYMORPHISME DE LA CYCLOTHYMIE

Il n'est pas d'état mental dans lequel les manifestations se montrent aussi polymorphes que dans la cyclothymie. Celle-ci constitue à la fois un terrain constitutionnel, un déséquilibre avec des manifestations minima qui se confondent avec des aspects simplement psychologiques et enfin une affection avec accès maniaques ou mélancoliques plus ou moins francs ou aigus. Ces derniers accès étaient à peu près seuls comme les anciens auteurs et déjà ils y avaient décrit des formes cliniques multiples : intermittente, alterne, circulaire, etc...

MAGNAN avait ajouté les formes atténuées d'excitation et de dépression constitutionnelles. KRAEPLIN a décrit les états mixtes dans lesquels s'associent une partie d'éléments d'excitation et une partie d'éléments dépressifs et d'après cet auteur l'on peut arriver à envisager 12 formes d'états mixtes.

Enfin, depuis KRAEPLIN on sait l'importance de la cyclothymie en ce sens que dans l'intervalle de tous les accès on retrouve les variations minima, qui la caractérisent et que l'intervalle lucide des anciens auteurs, s'il conserve une existence pratique, n'a point à proprement parler d'existence théorique.

Enfin ce que F. Achille DELMAS a appelé la bipola-

rité de la cyclothymie et qui n'existe pas dans les autres modalités de déséquilibre explique, par le passage d'un pôle à l'autre de l'activité, l'étendue considérable en intensité des formes extrêmes et même leur aspect nettement inversé. De là aussi la multiplicité des formes de passage.

Telles quelles, cependant elles créent des personnalités anormales et impriment aux sujets des conduites ou des comportements fortement marqués, dans le sens de l'augmentation ou de la diminution de l'activité. C'est de ce point de vue qu'il est intéressant pour nous d'analyser les êtres humains, soit dans l'observation quotidienne, soit dans la critique historique, littéraire, artistique, etc...

D'autre part les aspects de la cyclothymie ne varient pas seulement suivant l'intensité qu'ils peuvent revêtir, mais encore et surtout suivant la durée de chacun de ces aspects par rapport à ceux qui leur sont opposés, c'est-à-dire suivant la prédominance dans le temps des tendances dépressives par rapport aux tendances à l'excitation ou inversement. C'est ainsi qu'il y a des formes chroniques soit de l'excitation, soit de la dépression constitutionnelle. Cela ne signifie nullement que ces formes échappent à la loi de la bipolarité : on retrouve chez eux l'hérédité croisée décrite par M. DE FLEURY et surtout dans le cours de leur évolution des contrastes brusques et très courts (quelques heures ou un jour d'excitation chez un déprimé quelques heures ou un jour de dépression chez un excité) qui, pour être infimes dans le

temps, n'en gardent pas moins leur valeur biologique.

Mais les formes elles-mêmes de l'excitation et de la dépression constitutionnelles présentent des formes différentes suivant qu'elles se rencontrent avec ou sans association d'hyperémotivité. Lorsque l'excitation constitutionnelle se présente en même temps que l'hyperémotivité, l'excitation suffit à corriger la plupart du temps, par suite de l'hypersthénie qui la caractérise, l'inclination aux émotions déprimantes, peur et peine. C'est pourquoi la coloration de l'excitation par l'hyperémotivité ne fait qu'accroître l'euphorie, l'optimisme, l'enthousiasme des excités constitutionnels.

Toutefois, comme l'excitation constitutionnelle même chronique, c'est-à-dire à prédominance presque continue, n'échappe pas à la loi de la bipolarité, il peut y avoir chez les excités constitutionnels des jours ou au moins des heures où l'hypersthénie fléchit et où sourd des profondeurs de la personnalité une vague dépressive. A ce moment les émotions déprimantes reprennent leurs droits et, suivant l'opportunité de l'incidence, on voit les excités constitutionnels occasionnellement et pour un temps plus ou moins bref se déprimer. Mais surtout dans les formes associées dans lesquelles l'hyperémotivité l'emporte sur l'excitation, les émotions intercurrentes de forme déprimante peuvent momentanément renverser la formule et l'excité est pour un temps court un déprimé. Cette forme de l'excitation hyperémotive constitue une variété spéciale que l'on peut appeler l'excitation dépressive.

l'ar opposition à l'excitation dépressive, et c'est le point qui importe pour nous, l'hyperémotivité associée aux formes chroniques de la dépression constitutionnelle peut à la faveur de mêmes incidences favorables relever le tonus, modifier temporairement l'état dépressif et créer une flambée d'excitation, c'est alors la variété de dépression excitable que nous allons décrire avec plus de détails parce qu'elle constitue pour nous l'état mental des prédestinés aux toxicomanies.

DE LA DÉPRESSION EXCITABLE

La dépression excitable est une variété de cyclothymie dans laquelle la dépression constitutionnelle chronique présente sous l'influence de l'hyperémotivité associée des poussées d'excitation plus ou moins fréquentes et plus ou moins épisodiques. Les sujets qui en sont atteints sont d'abord et habituellement des déprimés constitutionnels chroniques. Cette dépression chronique peut avoir existé d'emblée dès l'enfance; ce sont alors des enfants calmes, tranquilles, peu remuants, craintifs, timides, appréhendant les jeux bruyants, peu expansifs, plus ou moins repliés sur eux-mêmes et ébauchent une sorte d'autisme qui, pour nous, n'est dans ce cas qu'un mode réactionnel de la dépression hyperémotive.

Ce sont encore des enfants réfléchis ou rêveurs et en temps qu'écoliers ils sont d'ordinaire appliqués, attentifs, dociles, mais de compréhension un peu lente, et manquant de vivacité d'esprit. Au point de vue physique ils sont fatigables, grands dormeurs et préfèrent la station assise ou couchée. Tout en étant capables d'un développement physique normal, ils ont un appétit modéré, un tube digestif paresseux, une pression artérielle faible et des attitudes nonchalantes. Ils sont plus ou moins enclins aux migraines,

à l'urticaire, à l'asthme, ils ont eu souvent des terreurs nocturnes et du stridulisme. Ils ont parfois des crises de colère intenses qui contrastent avec leur état de passivité habituelle.

En appliquant la méthode concentrique du professeur LAIGNEL-LAVASTINE, on trouve chez eux des dysendocrinies et de l'instabilité vago-sympathique et plus profondément des toxi-infections chroniques héréditaires ou acquises.

Dans l'adolescence l'ensemble de ces caractéristiques persiste et le développement de la vie psychique les rend enclins aux manifestations que l'on a décrites sous le nom de psychasthénie : doutes, scrupules, obsessions, etc... En un mot ce qui domine leur état, psychique c'est une inquiétude habituelle, au moins une petite anxiété.

D'autres sujets peuvent avoir une enfance en apparence à peu près normale : c'est la période où demeurent relativement latentes les prédispositions constitutionnelles. Mais une analyse psychologique précise aurait pu dès ce moment mettre en évidence des inclinations cyclothymiques et hyperémotives. A l'adolescence et avant la vie adulte il est exceptionnel qu'il n'ait pas existé une ou deux périodes dépressives plus caractéristiques, et l'âge électif pour la première apparition de celle-ci se situe entre 16 et 22 ans à peu près. A partir de ce moment que la dépression constitutionnelle se soit manifestée d'emblée ou qu'elle se soit développée à la fin de l'adolescence, on voit un grand nombre de sujets demeurer d'une façon

indéfinie des déprimés constitutionnels chroniques. A ce moment leur vie se complique considérablement. La plupart d'entre eux souffrent de l'adaptation sexuelle que leur mécanisme d'infériorité réelle ne leur permet pas de réaliser facilement. Ce sont les scrupuleux de l'onanisme, les impuissants hyperémotifs, les hypocondriaques de la génitalité. L'importance des préoccupations sexuelles à cet âge et chez de tels sujets, est certainement le point de départ de l'importance que l'on a donné aux théories de FREUD. Mais celles-ci ont le tort de prendre l'effet pour la cause et inversement.

D'autres troubles de l'adaptation interviennent encore à l'égard du mariage, à l'égard de la profession, à l'égard de la vie sociale.

Voyons les raisons profondes physiologiques et biologiques de ces difficultés d'adaptation. D'une part au point de vue intellectuel, ce sont des sujets qui ont un certain ralentissement idéatif, il leur faut plus d'effort, plus d'application, plus d'obstination, pour comprendre, retenir et mettre en action leurs acquisitions. Au point de vue physique ce sont des ralentis de la vie viscérale par hypotonie sympathique; plus ou moins cholémiques, dyspeptiques, hypotendus, ptosiques, etc... Mais c'est surtout au point de vue affectif ou moral que ces sujets sont profondément anormaux. Leur cénesthésie est habituellement pénible, leur humeur triste, ils ont continuellement un sentiment d'insécurité, d'incertitude, d'inquiétude même qui entretient une anxiété chronique seule-

ment plus ou moins forte suivant les moments, les heures, les jours.

Ils sont enclins aux ruminations pessimistes, soit dans le sens de préoccupations de leur santé qu'ils sentent déficiente, soit dans le sens de la lutte pour la vie pour laquelle ils se sentent mal armés.

Ils ont indubitablement le sentiment ou comme on l'a dit le complexe d'infériorité d'Adler. Mais il ne nous semble pas que ce soit ce complexe d'infériorité qui crée et qui explique leur état, mais qu'au contraire c'est leur état qui entraîne logiquement ce complexe.

Lorsque le déprimé constitutionnel est pauvre d'émotivité (et le cas existe quoique rarement), il peut se montrer plus ou moins lent, plus ou moins apathique, plus ou moins indifférent, mais il souffre relativement peu de son état.

La plupart du temps les déprimés constitutionnels ont assez d'émotivité pour être peu ou prou des inquiets ou de petits anxieux.

Mais lorsqu'ils se trouvent être de grands hyper-émotifs, comme les sujets que nous avons en vue, ils sont tout au long de leur vie de grands anxieux et leur état leur apparaît comme vraiment misérable et plus ou moins insupportable. C'est cette dernière catégorie qui représente au maximum la dépression excitable. Et ce sont les mécanismes de cette excitabilité spéciale que nous devons maintenant préciser.

DU MECANISME DE L'EXCITABILITE

Ce qui domine la psychologie des déprimés excitable c'est l'importance de leur émotivité, autrement dit l'aptitude à éprouver les émotions anormalement fortes et durables. Leur dépression les porte surtout à ressentir plus spécialement les émotions déprimantes et c'est là le cercle vicieux qui entretient leur cénesthésie pénible.

Mais comme la vie n'offre pas que des émotions déprimantes, qu'elle présente aussi plus ou moins des émotions excitantes (joie, colère), les déprimés excitable, en raison de leur hyperémotivité, sont aussi accessibles à l'effet des émotions excitantes. Or l'effet des émotions excitantes, par un mécanisme physiologique, dont les expériences de CANONNE sur les décharges adrénaliniques dans la colère peuvent donner une idée, a pour résultat d'augmenter la tonicité des centres sympathiques et d'amener momentanément un meilleur fonctionnement du système neuro-végétatif et une amélioration de la cénesthésie. Cela est vrai pour tous les sujets de physiologie et de psychologie normales. Cela est encore plus vrai pour les déprimés chroniques parce qu'en raison de la bipolarité à laquelle ils sont soumis, l'effet produit chez eux, n'est pas seulement une amélioration

mais un passage d'un pôle à l'autre, c'est-à-dire de la dépression à l'excitation. C'est cette particularité qui constitue l'excitabilité.

La clinique nous permet continuellement d'assister à la production de ce phénomène. Voici un déprimé excitable, il est seul dans sa chambre depuis plusieurs heures, il est triste, maussade, sans goût, ne s'intéressant à rien, incapable d'agir, dominé par des ruminations tristes ou même en proie à une anxiété qui peut monter jusqu'à l'angoisse, avec oppression, larmes et agitation. On s'entretient avec lui, on l'encourage, on fixe son attention, on lui offre une cigarette, on l'entraîne à une conversation qui éveille son intérêt. Dans une atmosphère de sympathie on le voit s'animer, s'abandonner à un récit amusant, rire, et au bout d'un moment on est frappé par la vivacité de sa mimique, de sa loquacité et sa bonne humeur. Il peut apparaître même dans ses propos de l'humour, de l'ironie et une vivacité d'esprit remarquable. Chez ce sujet qui tout à l'heure présentait une hypotonie générale, avec une pression artérielle basse, le visage pâle, on peut constater que sa pression artérielle est remontée, sa circulation active et ses mouvements vifs. On voit même qu'il y a chez lui non seulement une manière d'être aisée et facile, mais même une sorte de suractivité un peu vibrante, un peu saccadée, un peu explosive qui correspond à une forme d'excitation : — c'est l'excitabilité. Ainsi nous avons assisté à un changement brusque et à l'inversion de l'état qui se marque non seulement au point

de vue de l'humeur et de l'activité intellectuelle, mais encore par des modifications physiques nettement objectives.

En dehors de la clinique dans l'observation banale de la vie quotidienne on rencontre des gens qui dès qu'ils prennent contact avec un milieu quelque peu animé, montrent un entrain qui va croissant : ils ont l'air de se griser au fur et à mesure qu'ils participent à l'atmosphère ambiante. Ils parlent de plus en plus abondamment, dépensent de la mimique, des gestes, de l'exubérance, ils se montrent exagérément gais, plaisantent quelquefois avec excès, ou dans les discussions apportent une animation exagérée. A l'occasion ils se prennent à fumer sans arrêt, de même à boire sans mesure. Parfois ils se font des animateurs contagieux par l'exemple et mettent en action des jeux et des amusements communs.

Ce peuvent être des excités constitutionnels, mais si leur aisance n'est pas franche, s'il y a une apparence de nervosité, de la brusquerie, de l'impulsivité, quelque chose d'excessif dans toutes leurs manières d'être, ce sont plutôt des déprimés excitables en période d'excitabilité. Et l'on s'aperçoit souvent quand on les fréquente habituellement qu'ils sont extrêmement irréguliers dans leur manière d'être. Ils ont des retombées et des arrêts brusques. De plus, l'excitabilité a souvent des ratés, à certains jours ils demeurent malgré tout ce qu'ils sont habituellement : des déprimés. Si on pénètre dans leur intimité, on les rencontre tantôt en état d'excitabilité tantôt en

état de dépression. De-ci de-là les réflexions amères, les propos désabusés, les considérations pessimistes révèlent leur état d'âme profond. S'ils nous font des confidences, on apprend leur anxiété chronique. Ces individus que l'on peut voir en pleine excitabilité au dehors, leur entourage vous apprend qu'ils sont chez eux dans la monotonie de la vie familiale, des taciturnes, des sombres, des irritables.

L'état d'excitation et l'état d'excitabilité présentent des points communs et des différences. Ils sont tous deux une augmentation de l'activité générale, une productivité et un rendement dans toutes les manifestations, nettement supérieurs à ceux de l'état normal. Au point de vue physiologique ils participent tous les deux d'une hypertonie et d'un hyper-fonctionnement sympathique. Mais dans le cas de l'excitation, celle-ci est spontanée, stable, d'origine interne; dans le cas de l'excitabilité celle-ci est provoquée momentanée comme sa cause, d'origine externe ou interpsychologique. L'excitation spontanée est franche, aisée, facile, régulière, souvent pleine d'attraits, de charme et de séduction, elle est comme un beau fleuve qui suit un cours majestueux. L'excitabilité provoquée est vibrante, saccadée, impulsive, excessive, comportant quelque chose de forcé et de pénible et s'écoule comme un torrent tourmenté.

Le comportement des sujets qu'ils soient en état d'excitation ou d'excitabilité aboutit à la même dépense de mouvements et d'actes. Mais en clinique, même si on ne connaît pas les conditions immédia-

tements antécédentes, on peut distinguer nettement l'une de l'autre ces deux formes d'activité.

Ce qui importe pour nous c'est l'effet produit sur le sujet déprimé lorsqu'il passe à l'excitabilité. Tant que dure cette excitabilité, le sujet est débarrassé de l'état pénible de sa cénesthésie habituelle, il ne souffre plus, il est déchargé de son anxiété, il est allégé, délivré et sent la satisfaction de vivre et même de vivre intensément. Quand il a acquis ainsi l'expérience des bienfaits qui résultent de l'excitabilité, désormais il n'a plus qu'un but, c'est de rechercher par tous les moyens les occasions de cette excitabilité. Ces occasions sont de deux ordres : fuir la solitude et chercher la dérivation, ce sont là les deux conditions qui dominent le comportement des déprimés excitable.

DE LA DERIVATION

Sous le nom de dérivation il faut comprendre le moyen qu'emploie l'homme dans le milieu social pour se dégager le plus qu'il peut de ses souffrances psychiques (ennui, souci, chagrin, etc...).

C'est un phénomène général qui existe aussi bien pour les gens normaux que pour les anormaux.

L'homme de tous temps a recherché en dehors de sa vie de travail nécessaire et imposé, la possibilité de se créer des occasions de plaisir ou de joie, qui se subsistent aux préoccupations et aux soucis de la lutte pour la vie. De là sont nés les distractions, les jeux, le théâtre, les réunions et la vie de société. On sait combien même pour des gens normaux, lorsqu'ils sont frappés par un chagrin, par un deuil, par un surmenage physique ou moral, combien il est d'usage de les entourer, de s'occuper d'eux, de chercher à les distraire et combien il est classique de conseiller les villégiatures et les voyages comme moyen de diversion.

Or, lorsqu'il s'agit de déprimés excitables il faut comprendre que ce sont des sujets qui plus que tout autre ont le besoin incessant de la diversion. Ce n'est plus pour eux, un moyen contingent et simplement commode, c'est une nécessité absolue, une contrainte impérieuse, une fatalité inexorable. Grâce à leur

hyperémotivité, ils sont plus que tout autre accessibles à ce mode de traitement. Informés par leur expérience acquise, ils n'ont plus que ce souci, cet effort, ce but. Ils savent pour l'avoir éprouvé pendant des jours, pendant des nuits, que livrés à eux-mêmes, ils retombent inévitablement dans la dépression et tout son cortège de souffrance. Ils acquièrent ainsi la peur, la phobie d'être seuls, la solitude devient leur pire ennemie, non pas parce qu'elle est nuisible en elle-même, mais parce qu'elle favorise la rechute à la dépression.

Comment peut se réaliser la dérivation chez les déprimés excitables ? Le premier moyen c'est de n'être pas seul et par conséquent de rechercher la société. Et ici nous reproduisons l'explication de beaucoup de déprimés excitables. Où des jeunes anxieux chroniques trouveront-ils facilement et à toute heure la possibilité de rencontrer des camarades ? Ce sont nécessairement dans les lieux de plaisir : au café, au dancing, à la boîte de nuit, etc... Y vont-ils seulement pour les plaisirs qui leur sont offerts dans ces lieux ? Ils y vont plus encore pour s'oublier, pour s'étourdir, pour s'exciter, pour ne pas se trouver seuls. Mais tard dans la nuit, il faut songer à rentrer et le spectre de la solitude dans leur chambre les effraye, d'où souvent l'idée d'une compagne même de hasard auprès de qui ils puissent dormir avec quelque tranquillité. S'agit-il d'hommes adultes, il en est de même. Il leur faut le cercle, les réunions mondaines, ou s'ils sont de conditions modestes le café, le cinéma, le

music-hall. S'agit-il d'hommes mariés, leur intérieur leur devient vite familier, son action s'use par habitude, ils y deviennent progressivement taciturnes et s'y laissent gagner par la dépression. Et ici encore ils doivent chercher ailleurs de nouveaux moyens de diversion.

C'est en effet une règle que l'excitabilité dépend surtout de la nouveauté et du changement. La répétition de mêmes moyens de diversion émousse et abolit leur effet. Au bout d'un certain temps ils n'étourdissent plus, ils n'excitent plus, il faut les changer, les accroître ou en découvrir d'autres.

Il y a encore des complications dans la vie du déprimé excitable qui tiennent au rythme journalier de leur dépression. Celle-ci n'est pas en effet la même à toutes les heures de la journée. Les déprimés excitables ne peuvent pas se coucher tôt; cela tient à plusieurs causes. La première c'est la solitude de la chambre où réapparaît la dépression et son cortège d'états d'humeur pénibles (anxiété, tristesse, énervement). Or ces états d'humeur physiologiques sont les ennemis du sommeil et il faut plusieurs heures souvent passées dans l'angoisse pour qu'aux premières heures du jour, le sujet finisse enfin par trouver le sommeil. La seconde cause c'est que l'excitabilité du soir est un état auquel le déprimé se complait et qu'il cherche à prolonger le plus tard possible. Cette excitabilité du soir tient en partie à ce que c'est l'heure propice pour revivre les conditions de l'excitabilité. C'est l'heure où les lieux de plaisir sont

pleins, où l'on se réunit, où l'on se rencontre, pour les moments de détente et de distraction de la journée. Mais l'excitabilité du soir tient encore à une autre cause, celle-ci physiologique et qui a été souvent signalée en psychiatrie, à savoir : que la dépression chronique est surtout marquée le matin, s'atténue au cours de l'après-midi et disparaît ou à peu près le soir et pendant la première partie de la nuit. Nous rappellerons à ce sujet la communication de Monttassut à la société de psychiatrie et la discussion qui a suivi. Ainsi s'explique le goût d'errance nocturne des déprimés constitutionnels dont on pourrait donner de nombreux exemples illustres, chez les hommes de lettres, les artistes, etc... Nous nous contenterons de rappeler celui de GÉRARD DE NERVAL, qui comme beaucoup de ses pareils, aimait vivre surtout la nuit et qui un jour au petit matin, préféra se pendre à un réverbère plutôt que de retrouver la solitude de sa chambre.

Les déprimés excitables se couchent tard et dorment très tard, ils ne peuvent jamais commencer leur journée avant l'après-midi. Ils traînent celle-ci et ne commencent à vivre vraiment que le soir.

Il vient un moment comme nous l'avons dit où les moyens de dérivation qui ne peuvent varier à l'infini, s'usent et perdent leur valeur. Il faut y ajouter autre chose. Ce qui survient la plupart du temps, c'est, en raison de la fréquentation des lieux de plaisir, l'alcoolisme.

L'alcoolisme est la plus fréquente, la plus banale

et la plus dangereuse de toutes les toxicomanies. Et par une carence singulière, c'est celle qui est le moins blâmée et la moins combattue. Il faut distinguer l'alcoolisme banal, phénomène d'interpsychologie dû à l'organisation sociale défectueuse, dont même des sujets normaux ou à peu près normaux peuvent être victimes : ces alcooliques sont les plus nombreux et ils n'atteignent pas d'habitude au plus grand excès d'intoxication et souffrent surtout des complications viscérales plus encore que nerveuses.

Mais à côté de cette intoxication alcoolique des normaux, il y a celle des déprimés chroniques, qui prend tout de suite un caractère beaucoup plus intense, beaucoup plus grave. Celle-ci en effet, n'est qu'un moyen de diversion pour la dépression, un facteur d'excitabilité qui devient pour le sujet qui l'a expérimenté un besoin impérieux, irrésistible et définitif.

Si nous pouvons comprendre ainsi comment la nécessité de la diversion conduit un grand nombre de déprimés à sombrer dans l'alcoolisme, nous comprendrons de même comment la diversion les conduit à user d'autres toxiques, lorsque par hasard ils en auront expérimenté l'action sur la production de l'excitabilité.

En effet, ce que la sympathie par mécanisme émotionnel provoque chez les déprimés à savoir cet état d'excitabilité sur lequel nous venons d'insister, certains toxiques sont capables de le provoquer. Non seulement certains toxiques calment les effets pé-

nibles de la dépression, notamment l'anxiété, mais encore par une excitation directe sur les centres nerveux sympathiques, ou par une frénation du pneumogastrique antagoniste, bien plus ils provoquent une hypertonie sympathique dont le résultat est comme toutes les dérivations, un certain degré d'excitabilité.

DE LA DIVERSION PAR LES TOXIQUES

De tous les moyens de diversion, de tous les facteurs d'excitabilité il n'en est pas dont l'action soit aussi immédiate et aussi complète et satisfaisante que celle de l'opium et ses dérivés.

Lorsqu'un déprimé excitable par contagion ou par intervention thérapeutique a expérimenté une fois l'effet d'une piqûre de morphine, il ne peut plus oublier la transformation qu'elle a produite en lui.

Des toxicomanes déprimés excitables depuis l'enfance ont déclaré que jusqu'à leur première piqûre de morphine, ils n'avaient jamais ressenti la joie de vivre. Il ne faut pas se tromper sur la sensation qu'ils ont éprouvée. Ils sont tous unanimes à insister non pas sur une sorte d'ivresse euphorique qu'ils auraient ressentie, mais au contraire sur ce phénomène de détente complète qui les avait brusquement délivrés d'un poids immense, qu'ils avaient le sentiment de trainer depuis des années, sinon depuis toujours. Comme nous l'a dit l'un d'eux, c'est une véritable naissance à la vie.

S'il en est bien ainsi, comment un individu souffrant d'une façon continue sans repos et seulement avec des moments d'exacerbation, comment cet individu pourrait-il, connaissant le moyen de sus-

pendre brusquement et totalement tous ses maux, renoncer à ce remède et résister à sa tentation. Toute l'explication de la toxicomanie tient dans ce fait. La lune de miel des morphinomanes est un mythe. Du commencement à la fin de la toxicomanie, le toxicomane ne recherche point une volupté spéciale extraordinaire, il ne recherche que le calme, l'apaisement, l'accession à une vie normale qui est celle de ses semblables.

Malheureusement ici encore l'accoutumance intervient, la dose initiale qui donnait le calme, devient vite insuffisante, et le toxicomane doit pour se maintenir, augmenter progressivement les doses. Il le fait plus ou moins maladroitement, plus ou moins par saccades à l'occasion de poussées plus vives, et ne sait guère revenir en arrière quand il a été trop loin. Comme le disait l'écrivain COCTEAU « Ah ! si seulement les médecins savaient nous apprendre à manier la drogue ».

A partir du moment où il est rentré dans l'intoxication, le toxicomane subit l'emprise du toxique et devient son esclave. Son état mental change-t-il ? Non, pas fondamentalement en ce sens qu'il reste un anxieux chronique, la preuve en est facilement donnée par les cures de désintoxication qui suppriment bien au moins pour un temps l'usage des toxiques, mais ne guérissent point la dépression antérieure. Sans toxique le sujet revient inexorablement à son anxiété chronique, à son insomnie, à ses souffrances insupportables. S'ajoute-t-il à cet état fonda-

mental de nouveaux éléments qui le transforment et le modifient ? On a signalé la pusillanimité, la tendance aux mensonges, la perversité. Cela est vrai en partie et s'explique d'ailleurs facilement, nous dirions volontiers logiquement. Un sujet qui a souffert pendant longtemps, qui a découvert le remède à sa souffrance, qui a pu pendant des mois et des années échapper à cette souffrance, comment ne serait-il pas moins enclin à se résigner à souffrir. D'autre part, étant donné le blâme général qu'encourent tous les toxicomanes et même les risques de répression juridique, qu'ils encourent maintenant, comment ne seraient-ils pas entraînés comme nous l'avons déjà dit, à dissimuler et à développer le maximum d'habileté, pour continuer à combattre secrètement leur état de souffrance ?

Enfin, étant données les difficultés de plus en plus grandes de se procurer des toxiques, l'exploitation que subissent beaucoup de toxicomanes, par le fait des trafiquants, la dépense continue et importante, qu'impose leur ravitaillement; comment n'arriverait-il pas parfois, que l'on voit des toxicomanes user de fausses ordonnances, ou recourir même à des sortes d'escroqueries ? Ce sont là des modes réactionnels acquis et plus ou moins imposés, par les circonstances qui ne créent pas à vrai dire un nouvel état mental et que l'on verrait disparaître si les circonstances étaient autres, tandis que l'état mental profond de la dépression excitable, existe avant, pendant et, quand cela arrive, après la toxicomanie.

Notre Maître F. ACHILLE-DELMAS, nous a permis d'utiliser le résumé de deux observations se rapportant à deux toxicomanes maintenus sevrés pendant 4 et 6 ans, qui n'ont jamais pu sortir de leur dépression et ont toutes deux fini par le suicide.

Nous avons dit que l'opium et ses dérivés était de tous les toxiques, celui qui agissait le plus spécifiquement sur l'anxiété des déprimés. Notre Maître F. ACHILLE-DELMAS nous a appris qu'il était aussi le moins toxique et que c'était une loi clinique que l'opium, employé seul, ne donnait jamais, chez les toxicomanes, ni hallucinations, ni délire.

La difficulté de se procurer des toxiques depuis la loi prohibant leur vente libre a amené les toxicomanes à utiliser au hasard des facilités du ravitaillement, différents autres toxiques. C'est ainsi que s'est propagée la cocaïnomanie. Or, la cocaïne est extrêmement toxique et aboutit très rapidement aux hallucinations et au délire. Soit pour remplacer la morphine faisant plus ou moins défaut, soit pour obtenir le sommeil insuffisant, les toxicomanes ont aussi recours au chloral, au véronal et autres barbituriques. Ceux-ci sont encore des toxiques et qui aboutissent souvent à la mort par doses excessives avec ou sans idées de suicide.

Mais quel que soit le toxique employé et c'est ce que nous voulons démontrer, tous les vrais toxicomanes participent du même état mental qui est constitué par la dépression excitable, variété de cyclothymie.

CONSIDERATIONS THERAPEUTIQUES ET MEDICO-LEGALES

La psychologie des déprimés excitables, telles que nous venons de l'ébaucher, doit permettre de comprendre, sinon de résoudre les problèmes que posent leur traitement et leur direction.

D'une part, les difficultés inhérentes à la cure si marquées et si particulières s'expliquent facilement. D'autre part, il est facile de se rendre compte pourquoy lorsqu'on a fait la suppression des toxiques et qu'on est parvenu au-delà de la période des états de besoin, on n'a pas cependant guéri le sujet et écarté les récides.

Les difficultés de la cure tiennent à plusieurs causes, alors qu'on a tendance à les attribuer au seul état de besoin. La première cause, en effet, la plus importante et la plus durable, tient à l'existence de la dépression anxieuse chronique. Avant qu'apparaisse l'état de besoin proprement dit, dès qu'on a supprimé la dose de luxe et qu'on aborde la diminution de la ration d'entretien, l'effet du toxique s'épuise et il apparaît alors, non encore des signes d'état de besoin, mais le malaise de la dépression et avec lui le découragement, le pessimisme, d'où deux premières complications :

1) l'envie de renoncer à la cure, crise psycho-sociale toujours grave, difficile à tourner et souvent première cause d'échec;

2) l'obsession de tricher, de se procurer en fraude du toxique si bien que toute cure qui marche bien doit éveiller la suspicion.

Si ces deux premières complications sont franchies, survient une accentuation des signes de dépression en particulier de l'anxiété et de l'insomnie. C'est le moment où les malades supplient qu'on leur accorde un répit ou que du moins on leur ajoute un hypnotique ou un calmant. Toutes les substitutions sont sans résultat et si le médecin cède à ce désir, le sujet se précipite dans des excès d'hypnotiques du plus fâcheux effet : un toxicomane que l'on sèvre ne dort pas ou dort mal, c'est une conséquence qu'il faut faire accepter et subir. Bientôt au bout de deux ou trois semaines dans les cures à progression demilentes habituelles, apparaissent les états de besoin. Nous ne les décrirons pas, nous nous contenterons de rappeler qu'ils aggravent au maximum la situation.

Ce sont les doses ultimes, les derniers ou même le dernier centigramme, qui amèneront les réactions pénibles et plus intenses, la révolte des malades et souvent l'interruption et l'échec de la cure.

Comme on le voit à côté des états de besoin il faut faire la plus grande place à la réapparition des phénomènes de la dépression anxieuse fondamentale, pour comprendre les incidents non pas exagérés, dra-

matisés, ou même simulés comme on le dit trop souvent; mais réels et extrêmement pénibles.

Ce que nous venons de dire s'applique aux modes les plus habituels de toxicomanie, à savoir : la morphinomanie, l'héroïnomanie, en piqûres ou en prises.

Quand il s'agit de cocaïne ou d'alcool l'état de besoin est presque nul et la cure plus facile, il en est de même pour l'opium qu'il soit pris par pipes ou per os.

Mais lorsque par une pression morale efficace ou grâce à un internement qui facilite au maximum les conditions de la cure, on est parvenu à supprimer le toxique, lorsqu'on a gagné le mois de surveillance et de contrôle qui est nécessaire après la suppression complète, pour dépasser la période des états de besoin encore possibles, la situation n'est guère améliorée. Bien que le sujet, la plupart du temps ait repris de l'appétit et de l'embonpoint et se trouve satisfait d'être sevré, il retombe dans sa dépression antérieure et redevient la proie des deux symptômes les plus habituellement marqués : l'anxiété et surtout l'insomnie. Ceux-ci persistent avec leur caractère de chronicité et lorsque le sujet qui espérait être guéri, reprend la vie normale avec toutes les difficultés d'adaptation qu'elle comporte, on le voit lutter désespérément au moins un certain temps. Mais il est habituellement vaincu dans cette lutte et la récurrence est la règle. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître l'extrême fréquence de ces récurrences. En décrivant l'état mental des toxicomanes, nous croyons

apporter la raison et l'explication de cette sorte de fatalité qui pèse sur les toxicomanes. On les voit recommencer inlassablement de nouveaux sevrages et beaucoup d'entre eux ont fait le tour des différentes Maisons de Santé où l'on sèvre sans arriver à un résultat meilleur dans l'une ou dans l'autre.

Ne peut-on donc pas guérir de la toxicomanie ? L'expérience semble montrer qu'il faut répondre presque négativement à cette question. Il est cependant quelques rares cas favorables. Notre Maître F. ACHILLE-DELMAS a ainsi un certain nombre de cas qui n'ont pas récidivé et l'explication qu'il nous en a donné est la suivante. La dépression constitutionnelle bien que chronique n'est pas incurable et l'on assiste parfois à l'inversion brusque de l'état et au passage de la dépression constitutionnelle à l'excitation constitutionnelle. Ce passage se fait spontanément pour des causes physiologiques internes qui ne dépendent pas malheureusement de la thérapeutique, mais de la nature bipolaire de la cyclothimie. Dans quelques cures après plus ou moins de difficultés l'évolution s'est continuée brusquement dans des conditions anormalement favorables et l'explication après élimination de la fraude s'est révélée attribuable à l'apparition d'un état d'excitation constitutionnelle nettement appréciable à l'observation clinique. Dans un cas où le sevrage était fait pour la quatrième fois après trois récidives, le malade a demandé lui-même en raison de l'insomnie persistante après la cure et cause de récidive, à être interné pen-

dant six mois volontairement. Au cours de ces six mois, s'est fait progressivement le passage à l'excitation constitutionnelle, et ce sujet revu pendant de nombreuses années conserve son excitation constitutionnelle et grâce à cela a maintenu sa guérison.

De tout ce qui précède il résulte : que tant que la thérapeutique ne pourra pas s'attacher à la guérison de la dépression constitutionnelle, les cures de sevrage demeureront vaines et stériles.

Un des hommes qui avait acquis le plus d'expérience dans la thérapeutique des toxicomanies, le Dr SOLLIER avait fini par donner de plus en plus fréquemment aux toxicomanes récidivistes des certificats établissant que pour eux l'usage du toxique était un traitement nécessaire. Notre Maître le Dr ACHILLE-DELMAS a adopté souvent la même pratique.

Les considérations qui précèdent comportent quelque conséquence au point de vue médico-légal. On sait que la loi du 12 juillet 1916 modifiée par la loi du 13 juillet 1922 réglemeute sévèrement l'usage des toxiques qui sont inscrits dans le fameux tableau B. Les prescriptions médicales sont tolérées mais avec des restrictions extrêmement sévères, sur les doses et sur la durée des prescriptions. Elle poursuit toutes les infractions même de forme, même de bonne foi qui peuvent être commises par les médecins ou par les pharmaciens. Dans la pratique les résultats de cette loi paraissent aboutir à des avantages négatifs et à des inconvénients considérables. D'une part, il s'est développé parmi les médecins et les pharma-

ciens une véritable phobie des prescriptions médicamenteuses toxiques surtout dès qu'il s'agit de morphine ou d'héroïne. Seuls les spécialistes sûrs d'eux-mêmes osent encore, pour des états anxieux chroniques ou pour des affections douloureuses, faire les prescriptions nécessaires.

Les toxicomanes éloignés par les médecins sont rejetés vers les trafiquants de la drogue. Ils sont ainsi exploités non seulement dans les prix mais encore dans la qualité du produit, objet de toutes sortes de falsifications et de mélanges; ils sont réduits à user de substitutions qu'ils ignorent, et de doses qu'ils ne peuvent plus contrôler. Ils sont par surcroît exposés aux mêmes peines que les trafiquants.

Les pharmaciens ont été remplacés par une multitude de trafiquants qui malgré les efforts de la brigade mondaine qu'on a dû créer pour les surveiller, et malgré les nombreuses audiences consacrées à leur condamnation se trouvent toujours en grand nombre pour continuer leur trafic. Ils ne se contentent pas de se tenir à la disposition de leur clientèle dans des lieux communs connus des initiés, ils vont encore les relancer chez eux, les tenter par leurs offres, et au besoin les faire chanter. Notre malade de l'observation III depuis qu'elle est sevrée est assaillie par ses anciens fournisseurs et à toutes les peines du monde à s'en défendre. Ainsi la loi a en quelque sorte supprimé la direction et le contrôle médical à l'égard des toxicomanes et empêché pratiquement les pharmaciens d'assurer une fourniture pure et sans mélange.

En présence de tous ces inconvénients, quels sont les avantages ? Le but de la loi était sans doute de diminuer le nombre des toxicomanes ou même de les faire disparaître; mais tout son aménagement semble reposer sur une méconnaissance complète du vrai problème. D'une part en effet le nombre des toxicomanes est infime, surtout si on le compare à celui des alcooliques, autres toxicomanes qui ne sont nullement inquiétés. D'autre part si la toxicomanie était libre on ne verrait guère comme avant la loi que des morphinomanes et des héroïnomanes et nous avons dit que de tous les toxiques c'étaient les plus inoffensifs. Au lieu de cela on les voit recourir au hasard des offres des trafiquants à la cocaïne qui est terriblement dangereuse ou à tous les ersatz qu'on se procure plus facilement de pharmacie en pharmacie, comme tous les barbituriques qui sont infiniment plus nocifs et qui provoquent trop souvent des accidents mortels.

En fait la loi a méconnu le caractère pathologique des toxicomanes, a aggravé les modes de leur intoxication, sans parvenir à la diminution de leur nombre. Nous pensons qu'elle serait à reprendre sur des bases médicales mieux appropriées à la réalité des faits.

CONCLUSIONS

1° Si l'on exclut les toxicomanes accidentels qui sont d'ailleurs l'exception et guérissent facilement, il est possible de montrer que les toxicomanes vrais présentent tous un état mental pathologique.

2° Cet état mental pathologique procède de l'association de deux modes de déséquilibre constitutionnel : la cyclothimie et l'hyperémotivité.

3° Cette association se manifeste sous la forme clinique de la *dépression excitable*.

4° L'existence de la *dépression excitable* explique l'impulsion à la toxicomanie, les difficultés considérables du sevrage et son inefficacité par suite de la fatalité des récidives.

5° La loi du 12 juillet 1916, a aggravé considérablement les dangers que courent les toxicomanes sans parvenir à diminuer leur nombre. Elle devrait être reprise sur de nouvelles bases médicales.

Le Doyen,
G. ROUSSY.

Le Président de la Thèse,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur,
L'Inspecteur de l'Académie,
J. PERRON.

BIBLIOGRAPHIE

- BUVAT (J.F.). — « Réflexions sur les toxicomanes » in *Gazette des Hôpitaux*, N° 19, du 8 mars 1933.
- CRÉHANGE (P.). — « La toxicomanie en littérature », *Thèse Nancy*, 1927.
- DELMAS (F. A.). — « Le rôle et l'importance des constitutions en psychopathologie ». Rapport au XXXVI^e Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de Langue Française, Limoges, 1932.
- DUPRÉ et LOGRE. — « Les Toxicomanies » in *Nouveau Traité de Médecine de Roger WIDAL et TEISSIER*. Fascicule VI, Masson 1922.
- DUPOUY (R.). — « Quelques réflexions sur la morphinomanie » in *Annales Médico-Psychologiques*, 12^e série, 1922.
- « Les Toxicomanes » (*L'Hygiène Sociale*, N° 19; Août 1929).
- « La Question d'opium et des Stupéfiants ». *Le Monde Médical* du 15 novembre 1929.
- DUPOUY (R.) et DELAVILLE (M.) « Du traitement des toxicomanes par les lipides végétaux » *Encéphale*, N° 3, mars 1934.
- DUPOUY (R.). — « Les Opiomanes » Alcan 1912.
- DUPOUY (R.). — « Le traitement rapide des toxicomanes par le Démorphène » in *Le progrès Médical*, N° 23, du 8 Juin 1935 .
- DUPOUY (R.). — « Causes et Traitement de la Morphinomanie » *Le Monde Médical* du 1^{er} juillet 1934.
- DE FLEURY (M.). — « Réflexions sur les toxicomanes » (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, N° 40. Séance du 16 décembre 1930.)
- « La cyclothymie dédoublée » in *Bulletin Médical*, 5 mai 1928.

- FEUILLADE (E.-M.). — « Réflexions sur le Morphinisme et la Morphinomanie » dans *l'Avenir Médical*, N° 5, Mai 1934.
- GHELERTER (J.). — « Les toxicomanies et leur aspect Médico-Social » (*Bulletin Médical*, N° 27 du 21 juin 1930).
- KHAN (P.). — « La Constitution Cyclothimique et ses manifestations » *Thèse Paris*, 1909.
- KRAEPLIN. — « Introduction à la Psychiatrie Clinique ». Traduction Paris, Vigot éditeur, 1907.
- KRAINIK (R.). — « Physio-Pathologie de l'intoxication chronique par la Morphine », *Archives Hospitalières*, mars 1936.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — « La Méthode Concentrique dans l'étude des Psychonévrosés » *Leçons Cliniques de la Pitié* 1927. Paris Chahine, éditeur.
- LAIGNEL-LAVASTINE, BARBÉ, DELMAS. — « La pratique psychiatrique » 2^e édition, Baillière et fils éditeurs, Paris, 1929.
- LEWIN (L.). — « Les Paradis Artificiels ». Traduit de l'allemand par F. Gidon chez Payot, Paris 1928.
- LOGRE (B.-J.). — « Les Toxicomanies » chez Stock, Paris 1924.
- MIGNARD (M.). — « Psychologie et Psychothérapie des toxicomanes » in *Le Bulletin Médical* du 22 Octobre 1924.
- MAGNAN. — « Rapport au Congrès de Psychiatrie de Berlin 1890 ».
- MIGNOT (R.). — « L'alcoolomanie », *Bulletin Médical* du 22 octobre 1924.
- PORC' HER Y. — « Predisposition et Morphinomanie » in *l'Hygiène Sociale*, N° 122, du 25 Juin 1934.
- RAYMOND et JANET. — « Obsessions et Psychasthénie », Paris.
- ROUBINOVITCH. — « Notions Générales sur la Toxicomanie » in *Le Bulletin Médical* du 22 octobre 1924.
- SOLLIER et COURBON. — « Pratique Sémiologique des maladies mentales » chez Masson, Paris, 1924.
- URECHIA et KERNBACH. — « Les Morphinomanes d'opportunité » *Société Médico-Psychologique*. Séance du 27 juin 1931.

